FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

n° 330

ANNEE 1967

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Gérald CHABANEIX

Né le 7 Avril 1935 à Maisons-Laffitte(S. et O.)

Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES COMPLICATIONS FONCTIONNELLES DE L'ANASTOMOSE GASTRO-JEJUNALE DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL, ET LEUR EVENTUELLE CORRECTION CHIRURGICALE.

Président : Mr. Jean PATEL, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967 n°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Gérald CHABANEIX

Né le 7 Avril 1935 à Maisons-Laffitte(S. et O.)

Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES COMPLICATIONS FONCTIONNELLES DE L'ANASTOMOSE GASTRO-JEJUNALE DANS LE TRAITEMENT DE L'ULCERE GASTRO-DUODENAL, ET LEUR EVENTUELLE CORRECTION CHIRURGICALE.

Président : Mr. Jean PATEL, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41544304_0016

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) **Professeurs titulaires :**

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRIGAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.)
	SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)
	GOUGEROT (L.)
	ROUCAYROL (J.-Cl.)
	TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
Médecine	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYGOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

P L A N

I - INTODUCTION

II - LES TROUBLES FONCTIONNELS POST-OPERATOIRES

A - Les syndromes post-prantiaux précoces et tardifs

- Le dumping-syndrome

1 - Définition
2 - Fréquence
3 - Clinique
4 - Pathogénie

- Le syndrome hypoglycémique

1 - Définition
2 - Fréquence
3 - Clinique
4 - Influence de la technique chirurgicale

B - Les syndrome obstructifs

- Les syndromes obstructifs de l'anse afférente

1 - Obstruction aigües de l'anse afférente
2 - L'obstruction chronique de l'anse afférente

- Le fait anatomique et radiologique
- Les manifestations cliniques
- Les troubles métaboliques

- L'étude pathogénique

- Les syndromes de l'anse afférente

- Les troubles tardifs de l'évacuation de l'estomac opéré.

1 - Le prolapsus muqueux gastro-jéjunal
2 - L'invagination rétrograde du jéjunum
3 - Les erreurs grossières de montage
4 - L'oesophagite peptique
5 - Le phytobézoard

C - Les malnutritions

- Les formes mineures

- Les syndromes multicarentiels

1 - Fréquence
2 - Définition
3 - Etiologie technique
4 - Latence
5 - Clinique
6 - Etude biologique
7 - Conclusion

- Les troubles de l'ostéogénèse

1 - Généralités
2 - Clinique
3 - Radiologie
4 - Laboratoire
5 - Pathogénie

- Les anémies

1 - Classification

a) Anémies hypochromes
b) Anémies hypochromes ferriprives
c) Anémies protéinoprives

- Pathogénie de la malnutrition

III - LES TENTATIVES CHIRURGICALES DE CORRECTION

A) Généralités

B) Le bilan pré-opératoire

- Clinique
- Radiologique
- Biologique

C) Les interventions réalisables

1 - Interventions palliatives

1 - Résection de l'anse afférente
2 - Suspension de l'anse afférente
3 - Anastomose jéjuno-jéjunale

2) Interventions correctrices

1) Méthode de traitement du dumping

a - Interposition d'un segment antipéristaltique de grêle.

b - Les essais d'agrandissement du réservoir gastrique.

2) Les interpositions d'un segment libre de tube digestif

- L'opération de MORONEY
- L'opération de HENLEY

3) Les transpositions

- Transposition au duodénum de l'anse afférente.
- Transposition de l'anse efférente au duodénum.

4) Les dégastro-gastrectomies avec anastomose gastro-duodénale type Péan.

- Définition
- Historique
- Les critiques et notre opinion sur ces critiques

- Nos observations

a - Chronologie

b - Age et sexe des malades

c - La lésion initiale et son évolution

d - L'intervention ou les interventions antérieurement pratiquées

e - Les troubles ayant nécessité la réintervention

f - L'intervention de reconversion

g- Conclusions techniques

h - Constatations histologiques

i - Suites opératoires

k - Résultats fonctionnels

5) La dégastro-entérostomie avec Dragstedt et pyloroplastie.

IV - LA PREVENTION CHIRURGICALE DES COMPLICATIONS FONCTIONNELLES.

V - CONCLUSIONS.

I N T R O D U C T I O N

Tout semble avoir été dit à propos du traitement de l'ulcère gastro-duodénal . Les adversaires acharnés et les champions de la chirurgie se sont affrontés chiffres en main. Ne parlant pas des mêmes choses, il était peu vraisemblable qu'ils s'entendent.

Et pourtant les deux méthodes ont connu de lourds échecs. Nous ne discuterons pas des échecs médicaux, des traitements trop longtemps prolongés qui fournissent aux chirurgiens des malades peut être un peu tardivement.

C'est bien des échecs chirurgicaux dont il sera question ; seront éliminés les complications post-opératoires immédiates et la complication propre à la maladie ulcéreuse : l'ulcère peptique, rançon bien souvent d'une mauvaise orientation pathogénique de l'intervention.

Notre propos est donc de nous étendre sur les troubles fonctionnels post-gastrectomie : opérer un malade souvent jeune pour une affection bénigne et en faire un infirme incapable de toute vie professionnelle et sociale normale est un échec dont les conséquences sont sans commune mesure avec l'intervention pratiquée.

Ce programme peut paraître bien présomptueux, puisque ces troubles fonctionnels post-opératoires ont fait l'objet d'innombrables et souvent remarquables travaux.

Ce programme peut paraitre bien imprudent puisque ces mêmes troubles sont les témoins à charge indiscutable dans le procès de la chirurgie de l'ulcère gastro-duodénal.

Nous voudrions modestement amener notre contribution en analysant ces complications avec une optique chirurgicale ; en tentant de montrer que beaucoup de ces troubles dans leurs formes majeures peuvent être limités par une tactique et une technique opératoire d'emblée satisfaisante et reposant sur des bases pathogéniques et physiologiques actuellement bien démontrées.

Nous voudrions dire aussi en présentant nos observations, que ces troubles graves incompatibles avec une vie normale, peuvent être corrigés chirurgicalement par le procédé "le plus simple" visant à remettre en circuit le duodénum ; il s'agit des dégastro-gastrectomies avec gastro-duodénostomie à la Péan.

Nous verrons successivement :

I - Une clissification et une analyse juccinte des diverses complications fonctionnelles qui peuvent amener à prendre une décision chirurgicale.

II - Les différents modes de traitements chirurgicaux opposés à ces complications et nous étudierons à ce propos nos observations et leurs résultats.

III - Nous souleverons enfin l'hypothèse d'une prévention chirurgicale de ces troubles, tout au moins dans leurs formes majeures.

I - LES TROUBLES FONCTIONNELS POST-OPERATOIRES

Nous les classerons artificiellement en trois grands chapitres bien que nous connaissions les cu lications et les anociates fréquentes.

A - Les syndromes post-prandiaux précoses et tardifs.

B - Les troubles obstructifs.

C - Les malnutritions et carences.

A - Les syndromes post-prandiaux

Le syndrome post-prandial précoce ou Dumping-Syndrome.

I) Définition : c'est le seul qui mérite le nom de Dumping-Syndrome. Ce terme anglais dont la traduction littérale est "chute brutale" ne comporte plus actuellement en lui-même toute l'explication des faits. Il n'est que la cause d'un syndrome complexe fait plus de signes vaso-moteurs et généraux en rapport avec l'hypovolhémie, que de symptôme purement digestif dû à l'évacuation exagérément rapide de l'estomac opéré.

2) Fréquence : elle est extraordinairement variable dans la littérature avec des chiffres extrêmes de 2 et 7,5 % en liaison sans doute avec l'interprétation des faits par les auteurs.

Il nous parait actuellement très important de bien différencier le dumping-syndrome des autres syndromes post-prandiaux au fur et à mesure que nous les connaissons mieux.

Il suffit en pratique d'évaluer le délai qui s'écoule entre le début du repas et l'apparition des premiers symptômes qui sont très précoses, de quelques minutes à une demi-heure environ. Il est facile alors d'éliminer du cadre de l'étude des malaises comme :

- Le syndrome de l'anse afférente assez tardif et bien particulier.

- Ce qu'il a été convenu d'appeler ce syndrome du "petit estomac", et que nous reverrons.

- Surtout le rare syndrome post-prandial tardif, en rapport avec des troubles de la glyco-régulation et qui fera l'objet d'une étude à part.

C'est ainsi, que seuls seront étiquetés "Dumping-Syndrome" les malaises en position debout ou assise, survenant dès le début ou au cours du repas, obligeant le malade à s'allonger, ne s'accompagnant ni de vomissements bilieux ou alimentaires, ni de diarrhées, ni de manifestations douloureuses.

Si nous insistons sur la caractérisation du syndrome, c'est dans le but de clarifier cette pathologie post-prandiale du gastrectomisé.

Pathologie complexe, puisque s'adressant souvent à un terrain psychologiquement particulier, pathologie faite pour beaucoup de phénomènes purement subjectifs, racontés de façon plus ou moins confuse par le malade.

Il est dans ces conditions, particulièrement important de peser tous les termes du diagnostic, surtout si l'on raisonne en chirurgien avec l'arrière pensée d'une éventuelle correction chirurgicale.

Ces réserves faites, on peut apprécier théoriquement la fréquence réelle du syndrome ; encore faut-il faire la part de la gravité des cas.

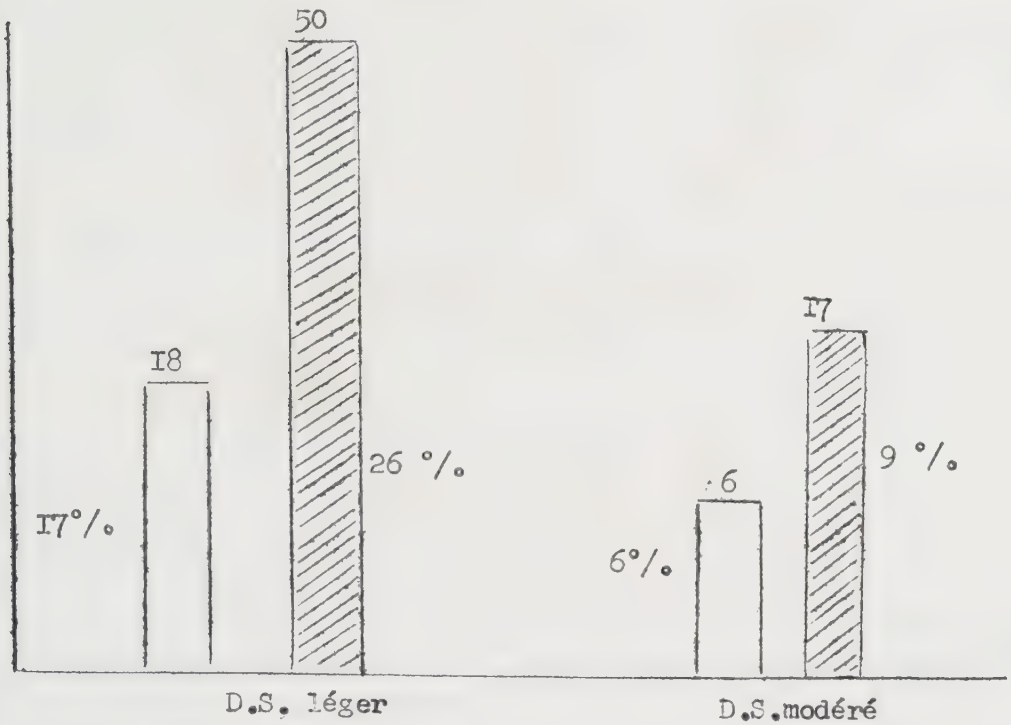
a) Les syndromes post-prandiaux précoces, modérés ou légers, sont fréquents aussi bien après gastro-entérostomie qu'après gastrectomie BILLROTHI ou BILLROTH II.

Nous retiendrons les chiffres de HERRINGTON (79), qui s'adressent aux gastrectomies subtotales pour ulcères.

Nombre de cas étudiés par cet auteur :

107 BILLROTH I

209 BILLROTH II



b) Le syndrome post-prandial précoce sévère, qui seul nous interresera, car il posera le problème de son traitement chirurgical, est heureusement beaucoup moins fréquent. La majorité des auteurs donnent des chiffres allant de 0,5 à 2 %, et tous s'accordent à dire que seules les anastomoses gastro-jéjunales sont les pourvoyeses de formes graves.

3°) Clinique : les symptômes sont classiques et beaucoup plus clairs et mieux connus que la pathogénie du syndrome.

a) Le diagnostic est facile dans les formes sévères. Le malaise apparait dès les premières minutes du repas.

- C'est plus une sensation pénible de gène, de plénitude gastrique, qu'une douleur vraie. Dans les cas purs, c'est à ces impressions subjectives que se résume la symptomatologie digestive.

- Le syndrome général et vaso-moteur est beaucoup plus riche et traduit une réaction de type sympathique : congestion du visage, sueurs, palpitations intenses, malaise général. Des troubles sensoriels et cérébraux ont été décrits et la diplopie est souvent rapportés par le malade comme un fait marquant. La céphalée, les bourdonnements d'oreille, l'obnubilation allant jusqu'à la syncope dans certains cas sont signalés. Un petit-à-coup hypertensif est noté au cours de la crise.

- La crise dure de 30 à 60 minutes. Son intensité se montre sûrement en rapport avec le volume, et surtout la qualité du repas, et l'on a pu expérimentalement obtenir des crises. Le décubitus fait disparaitre tous les symptômes plus rapidement.

- L'anamnèse permet d'étudier l'évolution de l'affection dans le temps. Le Dumping-Syndrome est apparu généralement très tôt après l'intervention et souvent dès la reprise d'une alimentation normale. Son évolutivité est variable ; certains opérés ont vu leurs malaises disparaitre avec le temps et une hygiène alimentaire appropriée, mais les formes sévères sont généralement très durables et amènent le malade à demander conseil à son chirurgien.

- En effet les conséquences psychologiques de tels malaises sont graves : le malade redoutant l'apparition des troubles réduit volontairement son alimentation et entre dans la malnutrition d'apport.

b) Les formes légères du Dumping-Syndrome, sont beaucoup plus fréquentes, et nous l'avons vu, sans rapport avec la technique utilisée. Tout se résume à un malaise post-prandial, avec ici bien souvent une nette corrélation avec le volume trop important et surtout la qualité du repas. Bien des gastrectomies subtotales ou des gastro-entérostomies ont un petit Dumping après ingestion de lait sucré. Ces formes légères sont souvent transitoire, elles demandent néanmoins un traitement médical et diététique, une collaboration intelligente du malade.

c) Ces Dumping-Syndromes modérés posent le problème du "petit estomac". Ils doivent à notre avis, en être formellement séparés tant par la pathogénie que par l'évolutivité. Le syndrome du "petit estomac", impression de plénitude gastrique, sans aucun symptôme d'accompagnement, n'est pas un état pathologique : il est dû à un moignon gastrique trop tôt distendu par des repas trop importants et non fractionnés.

Il semble établi à l'heure actuelle, que la pathogénie du Dumping n'a rien à voir avec la diminution volumétrique du réservoir gastrique.

4°) La pathogénie du syndrome post-prandial précoce, n'est toujours pas établi d'une façon formelle. Tout au plus peut-on essayer d'analyser les éléments négatifs ou confus d'une part, les certitudes d'autre part.

a) Les éléments négatifs

- Le sexe du malade, son âge ; la localisation antérieure de l'ulcère, apparaissent sans rapport avec l'apparation du syndrome.

- La réduction de la poche gastrique ne joue sûrement aucun rôle. Nous avons vu qu'il ne faut pas confondre "petit estomac" et Dumping ; et surtout ce dernier est une complication fréquente des gastro-entérostomies, sans aucune réduction de la poche gastrique (27).

- L'acidité gastrique n'a aucun rôle.

- Il ne semble pas non plus, malgré les nombreuses controverses que le siège, la largeur ou l'orientation de la bouche d'anastomose soit responsable.

- La rapidité d'évacuation de l'estomac est certes un facteur que l'on ne peut nier. Pourtant elle ne peut rendre compte de tous les effets, comme en témoigne l'absence de parallélisme radio-clinique (129). Bien des opérés ont ce qu'il est convenu d'appeler un Dumping radiologique, véritable évacuation en trombe de leur estomac sans aucune manifestation clinique.

b) Les éléments positifs

- Le psychisme et la situation sociale de l'opéré sont intimement liés aux règles hygiéno-diététiques qu'il s'impose, ceci joue sûrement un rôle considérable dans l'apparition et la gravité du syndrome (108).

On a vu chemin faisant que les repas non fractionnés, et qualitativement inadequat favorisent l'apparition du malaise post-prandial. Et ceci à tel point qu'il est possible de reproduire expérimentalement le syndrome, par l'injection directe dans le jéjunum, d'une solution hypertonique de glucose. (131)

- Cette action expérimentale. Des solutions à haute osmolarité vient confirmer une pathogénie très satisfaisante de l'affection. On pense actuellement que c'est au niveau du jéjunum qu'il faut rechercher l'origine des troubles ; l'effet de vidange rapide d'une anastomose gastro-jéjunale, n'est que contingent, le dumping est une réponse physiologique du jéjunum à sa stimulation par des solutions hypertoniques. Tout se passe comme si l'arrivée d'une solution hypertonique dans l'anse grêle, entrainait une exhémie plasmatique importante, responsable d'une hypovolhémie. C'est à cette hypovolhémie et à la réaction sympathique de défense qu'elle entraine, que l'on peut rattacher les troubles vaso-moteurs et généraux, si particuliers au syndrome. (123)

Cette hypothèse pathogénique explique que les anastomoses gastro-jéjunales sont plus menacées que les Péan, dans lesquel le dumping ne prend jamais un visage catastrophique.

Elle condamne aussi à notre avis les traitements chirurgicaux complexes, visant à un agrandissement de la poche gastrique, et fait plutôt pencher vers les méthodes de reconversion les plus simples que nous préconisons : la dégastro-gastrectomie Péan ralentissant suffisamment le transit gastrique, et permettant une meilleure hydrolyse des aliments avant leur arrivée dans le jéjunum.

Le syndrome post-prandial tardif hypoglycémique.

1°) Définition

Bien des auteurs font entrer ces troubles dans le cadre du dumping syndrome : tant par leur chronologie que par leur pathogénie, il semble bien qu'il faut les en séparer nettement, On rapporte depuis longtemps ce malaise à une hypoglycémie, ce qui nous amène à rappeler succintement les conséquences de la gastrectomie avec anastomose gastro-jéjunale sur le métabolisme des hydrates de carbone. (11 - 34 - 49)

2°) Pathogénie

- De façon très schématique l'élément principal est l'assimilation rapide du sucre dans l'intestin, d'où hyperglycémie précoce, peut être encore augmentée par une mobilisation du glycogène hépatique. La riposte secondaire d'origine pancréatique dépasse son but et induit l'hypoglycémie tardive. La pathogénie de ces troubles n'est pas complètement élucidée : retard demagazinage dans le foie, troubles de l'assimilation des sucres dans les tissus, mobilisation plus ou moins rapide du glycogène hépatique par action réflexe.

- L'étude du métabolisme des Hydrates de carbone après anastomose gastro-jéjunale, fait appel le plus souvent aux études comparées de la glycémie à jeun, et de la courbe d'hyperglycémie provoquée.

Les réponses sont très variables, mais en général :

* que la glycémie à jeun soit normale ou légèrement basse,

* la courbe d'hyperglycémie provoquée montre une flèche hyperglycémique précose et rapide, à laquelle fait suite une tendance hypoglycémique, venant peut être traduire l'hyperinsulinie.

3°) Cliniquement : le fait fondamental est l'absence de parallèlisme entre les résultats du laboratoire et les phénomènes subjectifs venant traduire l'importance des facteurs individuels.

- Chez quelques malades cependant, et nous en avons un exemple dans nos observations, le post-prandium est troublé par un malaise tardif, une ou deux heures après le repas, revêtant tous les caractères de la crise hypoglycémique, sueurs, tremblements, malaises intenses, et tendance syncopale. Chez notre malade la glycémie faite au cours de la crise montrait un taux très bas à 0,30 g.

4°) L'influence de la technique chirurgicale sur les troubles du métabolisme des hydrates de carbone est manifeste.

De la même façon qu'il n'y a pas de dumping très sévère après Péan, il n'y a pas non plus de crise hypoglycémique tardive grave.

Chez notre malade, la dégastro-gastrectomie Péan nous a donné et a donné au malade pleine satisfaction.

B - Les syndromes obstructifs

Ils nous intéressent par :

- Les causes et les conséquences techniques qu'ils suggèrent.

- Les conséquences fonctionnelles qu'ils entrainent et qui souvent les font dévouvrir.

Seront successivement étudiés :

- Les syndromes obstructifs de l'anse afférente

- Les syndrome de l'anse efférente

- Les autre troubles de l'évacuation de l'estomac.

Les syndromes obstructifs de l'anse afférente. (5 - 6 - 7 - 12 - 63 - 85 - 90)

Ils compliquent une anastomose gastro-jéjunale qu'elle soit accompagnée ou non d'une résection gastrique, qu'elle soit pré ou transméso-colique.

Il s'agit à notre sens de l'une des plus lourde critique que l'on puisse faitre aux gastro-entérostomies de type BILLROTH II.

Dans le cas d'une gastrectomie subtotale, la fermeture du moignon duodénal en amont d'une anastomose très active constitue un cul de sac anatomique dont la particularité remarquable et dangereuse est l'arrivée dans celui-ci du flux biliopancréatique, que l'on chiffre à près de deux litres par jour. La moindre défaillance dans le fonctionnement de l'anastomose fait de ce cul-de-sac un véritable carrefour de la pathologie digestive, biliaire et pancréatique.

I - On a décrit des obstructions aiguës de cette anse afférente :elles sont rares, ce sont des complications mécaniques post-opératoires précoces, réalisant un syndrome occlusif dont la gravité entraine une réintervention immédiate. Nous ajouterons que l'hyperpression post-opératoire précoce dans l'anse afférente a pu être retenue comme l'une des causes déclanchantes dans les pancréatites aiguës post-opératoires qui sont beaucoup plus fréquentes après les anastomoses gastro-jéjunales.

II - L'obstruction chronique de l'anse afférente mérite seul pour les gastro-entérologues la dénomination de syndrome de l'anse afférente. Il faut d'abord avec ALBOT et KAPANDGI (5 - 6 - 7) bien dissocier les syndromes fonctionnels purs et ceux dit organo-fonctionnels de l'anse afférente.

1°) Le fait anatomique et radiologique est la distension propre à tous les culs-de-sac crée artificiellement, cette distension étant facteur de stase et d'infection. Le fait particulier à l'anse afférente duodéno-jéjunale étant la gêne apportée à l'écoulement du flux bilo-pancréatique.

2°) Les manifestations cliniques sont de survenue très variable dans le temps par rapport à l'intervention première, puisque certains auteurs (STARZI) en rapporte jusqu'à 26 ans après une gastrectomie BILLROTH II.

- Le symptôme clinique fondamental est le vomissement post-prandial assez tardif (1 à 2 heures) biliaire pure ou bilio alimentaire, traduisant la vidange spasmodique de l'anse afférente dans l'estomac ou le moignon gastrique.

- Le vomissement fait suite et soulage plus ou moins un état de pesanteur douloureuse de l'hypochondre droit.

- La diarrhée est retrouvée dans plus de la moitié des cas, c'est un symptôme tellement courant après gastrectomie que seule son caractère bilieux inconstant est à retenir.

- Enfin de petits signes de rétention biliaire sont fréquents. Ils peuvent être au premier plan, masquant le syndrome et réalisant des crises d'angiodolite aigûe.

3°) Les troubles métaboliques sont dominés par :

- L'anémie constante, parfois monocytaire et dûe aux anomalies de transformation de la vitamine B 12 et à sa non absorption normale, ce phénomène peut-être en rapport avec la prolifération bactérienne de l'anse en stase.

- Les autres manifestations nutritionnelles seront revues en détail, la cause en est au déficit bilio-pancréatique.

4°) L'étude pathogénique de ce syndrome de l'anse afférente a été particulièrement poussée et fait appel à plusieurs théories.

a) La théorie de la vidange gastrique partielle dans l'anse afférente venant remplir et dilater un duodénum atone, est certainement trop simpliste et refuse au duodénum toute physiologie propre.

b) La dyskinésie duodénale défendue par ALBOT et KAPANDGI explique d'une façon très satisfaisante les syndromes purement fonctionnels de l'anse afférente. Pour ces auteurs, le syndrome n'est pas dû à l'hypotonie duodéno-biliaire, mais bien à une dyskinésie hypertonique duodéno-biliaire, caractérisé principalement par des spasmes duodénaux délimitant entre eux des poches de stokage.

Le vomissement bilieux, ou la diarrhée biliaire, qui chez ces malades tardivement après le repas, succèdent à une pesanteur douloureuse sous-costale droite, ne sont pas dûs au débordement de la bile stokée dans un duodénum atome et distendu, mais bien à la contraction active des poches de stokage.

Pour les auteurs, ces troubles post-opératoires purement fonctionnels sont sans doute la conséquence d'une dyskinésie duodénale antérieure à l'intervention, et aggravés par le traumatisme opératoire et par les conditions de fonctionnement anormal de l'anneau duodénal, du fait de son exclusion du circuit alimentaire du fait aussi de la suppression du pylore et du sphincter bulbo-duodénal.

c) Les syndromes purement fonctionnels sont sans doute fréquents et plus ou moins tolérables pour le malade. On ne trouve pas à leur origine de conditions anatomiques ou techniques particulières, hormis le fait bien entendu que l'anastomose a été gastro-jéjunale.

Ce syndrome est assez mal connu des chirurgiens, qui se sont penchés par contre depuis longtemps sur les syndromes de l'anse afférente de cause organique.

Nous retiendrons dans les suites de gastro-entérostomies ou de Polya Finsterer, quatre éléments à notre avis déterminants de ce reflux dans l'anse afférente :

- La gastro-entérostomie simple : bien que le pylore soit laissé en place y prédispose tout particulièrement. A notre sens la simplicité technique apparante de cette dérivation est un leurre. En dehors de toute considération pathogénique dans le traitement chirurgical de la maladie ulcéreuse ; il est extrêmement difficile de réaliser une bouche dynamiquement correcte.

C'est ainsi :

* que si la largeur de la bouche n'a que peu d'importance dans l'éclosion du syndrome,

* sa position sur la grande courbure est capitale ; elle doit être très proche du pylore. A ce propos il est intéressant de noter que des chirurgiens de qualité, ont été étonnés lors de la réintervention de trouver la bouche beaucoup plus loin du pylore qu'ils l'avaient notée de bonne foi, lors du premier compte rendu.

- Dans une anastomose gastro-jéjunale, il est bien classique de dire que l'anse attirée en transmésocolique vers la bouche gastrique doit être la plus courte possible. Et pourtant combien d'anses longues et flottantes sont-elles découvertes aux réintervention ?

- La fixation de cette anse, sa suspension à la petite courbure donnant à la bouche une orientation correcte, étaient pour GUEULETTE le geste presque essentiel d'une gastrectomie 2/3 avec anastomose gastro-jéjunale.

- Que dire enfin des anastomoses pré-coliques où l'anse montée est forcément longue, le reflux dans la partie afférente de cette anse presque inéluctable.

On voit donc que de multiples petites raisons anatomiques peuvent expliquer l'éclosion de ce syndrome.

Est-ce à dire que ces défaillances techniques des anastomoses gastro-jéjunales doivent faire rejeter en bloc, gastro-entérostomie, Polya ou Finsterer. Il serait prétentieux et ridicule de l'affirmer. Par contre notre avis est que, contrairement à l'opinion générale admise, les anastomoses gastro- jéjunales sont de réalisation technique plus difficiles que l'anastomose gastro-duodénale, qui ne peut donner lieu à ces petites imperfections.

Les syndromes de l'anse efférente.

Ils n'ont que peu de place dans un travail sur les troubles fonctionnels post-gastrectomie. Il s'agit de complications mécaniques précoces par hernie rétro-anas-tomotique, plus fréquente après anastomose pré-colique.

Ce sont néanmoins des complications à mettre au passif de anastomoses gastro-jéjunales qui comportent nécessairement un temps opératoire sous-mésocolique, favorisant les complications mécaniques précoces.

Le syndrome de l'anse intermédiaire (125).

C'est une complication rare des gastrectomies de type BILLROTH II.

Il s'agit d'une dilatation progressive post-opératoire du versant jéjunal de la bouche anastomotique.

Cette dilatation réalise radiologiquement un véritable jabot interposé entre les anses afférentes et efférentes. Cette complication est plus fréquente après Polya qu'après Finsterer.

Elle peut être radiologique ou s'accompagner cliniquement d'un syndrome post-prandial, ou de vomissements qui sont calmés par le décubitus.

Dans la pathogénie de cette dilatation, on fait jouer un rôle à une imperfection technique ; l'anse jéjunale montée est étirée pour se présenter devant la bouche gastrique et va froncer secondairement.

Les troubles tardifs de l'évacuation de l'estomac opéré.

Nous étudierons successivement sous cette rubrique :

- Le prolapsus muqueux gastro-jéjunal,

- L'invagination rétrograde du jéjunum, ou jéjuno-gastrique,

- Les erreurs grossières de montage de la gastrectomie ou surtout de la gastro-entérostomie,

- L'oesophagite peptique

- Enfin une curiosité, le phytobézoard post-gastrectomie.

I - Le prolapsus muqueux gastro-jéjunal :

C'est une complication qui posera des problèmes diagnostiques et thérapeutiques, par les hémorragies qu'il entraine, alliées aux images de fausses tumeurs de la bouche anastomotique. GRIMOUD a bien étudié ce problème : cet auteur pense que le substratum anatomique des lésions du début, est représenté par l'atteinte inflammatoire ou simplement oedémateux de la muqueuse et de la sous-muqueuse.

Le polapsus volumineux cliniquement, et fonctionnellement parlant est rare. Seul un traitement chirurgical (recoupe simple, ou mieux, recouversion) peut le guérir définitivement.

2 - L'invagination rétrograde du jéjunum, ou intussusception jéjunuo gastrique. (31 - 113 - 120)

Complication rare de la gastrectomie partielle. Elle est plus fréquente après gastro-entérostomie. (A ce propos, on ne connait pas d'invagination rétrograde duodéno-gastrique).

L'invagination intéresse le plus souvent l'anse efférente, beaucoup plus rarement l'anse afférente, et exceptionnellement les deux anses à la fois.

Sa pathogénie se comprend à la lumière du dysynchronisme péristaltique du bloc gastro-jéjunale artificiellement constitué, et luttant anarchiquement contre l'irruption trop brusque des vidanges gastriques.

a) Le tableau d'invagination rétrograde aiguë avec ses douleurs, ses vomissements sanglants, son état de choc, ne rentre pas dans le cadre de ce travail.

b) Quelques cas d'accidents chroniques ont été publiés, posant de difficiles problèmes de diagnostic clinique et radiologique, et aussi des problèmes de réparation chirurgicale.

3 - Les erreurs grossières de montage gastro-intestinale sont heureusement rares, peut être moins lors des gastro-entérostomie.

a) La gastro-iléotomie est relativement la plus répandue (GIRARD, MAKLOUF), et une bonne centaine de cas ont été publiés. Elle réalise un syndrome carentiel complexe particulier par :

- Sa précocité d'apparition après l'intervention,
- Sa pureté clinique et biologique,
- Sa gravité
- Les difficultés de son diagnostic et pourtant son importance capitale. On insiste sur l'importance du diagnostic radiologique sur des clichés abdominaux de grand format, permettant de visualiser "l'incroyable rapidité d'injection du caecum".

b) D'autres erreurs rarissimes ont été rapportées :

- Gastro-transversostomie
- Gastro-sigmoïdostomie.

4 - L'oesophagite peptique après gastrectomie subtotale est une complication grave et d'intérêt majeur. (17 - 110 - 111)

a) Son apparition presque exclusive après anastomose gastro-jéjunale étonne, puisque mécaniquement on aurait pu penser que c'est la traction anormale d'une anastomose gastro-duodénale qui aurait déroulé l'angle de His : il n'en est rien.

b) Il s'agit d'une complication précoce, d'évolution très rapide et grave puisque à une période de dysphagie rapidement complète, succèdera la sténose oesophagienne.

c) Si l'on met de côté l'existence d'un reflux oesophagien préexistant (car l'on vérifie systématiquement le cardia et l'angle de His au cours des gastrectomie). La cause la plus vraisemblable du déclenchement de l'oesophagite est le reflux de liquide alcalin jéjunal dans le moignon gastrique.

Cette hypothèse pathogénique explique de façon satisfaisante que cette complication est inconnue après anastomose gastro-duodénale. Elle explique aussi que le traitement de l'affection par reconversion de la gastrectomie avec remise en circuit du duodénum ait donné des succès (81 C. KEOWN).

5 - Le phytobezoard est une rareté amusante après gastrectomie subtotale. Pourtant le piège radiologique qu'il comporte doit être connu des chirurgiens, pour éviter l'erreur grossière qui serait de parler de cancer du moignon gastrique (88).

Dans sa génèse

- La nature de l'alimentation habituellement ou accidentellement trop riche en cellulose.

- La mauvaise mastication chez un édenté ou un gloubon.

- Mais aussi le montage opératoire dont dépend la dynamique gastrique et celle du couple gastro-intestinal. C'est ainsi que la complication est beaucoup plus fréquente après Polya et surtout Fursterer, qu'après gastro-duodénostomie.

B - Les malnutritions (99 - 107 - 71 - 39 - 134).

Il s'agit d'un chapitre extrêmement complexe de la pathologie digestive. Les causes et les conséquences de ces états ne sont surement pas univoques. Mais à une époque ou la physiologie prend une part de plus en plus importante dans les indications et les techniques du chirurgien, il n'est pas sans intérêt d'avoir une idée d'ensemble des méfaits métaboliques qui peuvent être induits par une intervention simple.

Les formes mineures chroniques et cliniquement inapparentes de la malnutrition des gastrectomies partielles, sont très fréquentes et ne nous intéressent, que par leur importance théorique fondamentale et les éventuelles conséquences pratiques techniques que leur meilleure connaissance pourrait entrainer.

Ces anciens ulcéreux opérés, sont en bonne santé apparente et souvent très satisfaits des résultats de l'opération. Si satisfaits, qu'ils reprennent parfois des habitudes alimentaires indisciplinées, si ce n'est leur ancienne intempérance alcoolique et tabagique.

- Seul élément positif chez ces sujets, une stagnation pondérale, voire un amaigrissement depuis l'opération. Ces opérés n'arrive pas à reprendre leur poids normal, et parfois même leur poids pré-opératoire, qui tenait déjà compte d'un amaigrissement contemporain d'une crise particulièrement sévère.

- La fréquence de cette stagnation pondérale post-gastrectomie partielle, est diversement appréciée par les auteurs mais intéresse sûrement 30 °/° des gastrectomies ou gastro-entérostomies tout venant pour ulcère gastro-duodénal.

- La question que nous posons est la suivante :

Y a t-il un lien entre cette difficulté à reprendre du poids et la technique employée lors de la gastrectomie première ?

- Il s'agit d'une question complexe, puisque de multiples facteurs, d'âge, d'état physiologique antérieur, de tare éventuelle, d'habitude diététique post-opératoire, entrent en jeu.

Tout au plus peut-on tenir compte d'une part de l'état des malades que nous avons revus en consultation, d'autre part et surtout des chiffres qui sont le fruit de l'expérience de nos Maîtres.

Dans le service du Professeur PATEL, où la gastro-duodénostomie est employée de très longue date, nous pensons que ce type de rétablissement est nutrionnellement le meilleur.

a) Dès 1958, J. PATEL, NARDI et LATASTE (122) colligeant 280 gastrectomies pour ulcères, alors qu'à cette époque, ils n'avaient effectué que 20 Péan, faisaient déjà cette constatation, et remarquaient que la tendance à la prise de poids post-opératoire, était supérieure après Péan.

b) Fin 1962, LATASTE et NEVEUX (101) analysent 133 Péan, démontrent déjà que cette technique avait pris son essor dans le service.

Parmi ces 133 cas, il y avait 91 ulcères gastro-duodénaux, seuls en cause dans ce travail.

Sur le plan nutritionnel les résultats sont les suivants : les auteurs ont eu 61 réponses utilisables qui se répartissent ainsi :

21 résultats excellents	poids normal
15 résultats bons	poids légérement inférieur
18 résultats assez bons	amaigrissement
7 résultats médiocres	

Il n'y avait pas dans la série de très mauvais résultats sur le plan nutritionnel.

Nous noterons incidemment que la méthode n'avait donné à cette date, aucun ulcère peptique.

Les formes mineures de dénutrition dont l'amaigrissement est le reflet, l'hypoprotidémie légère, le stigmate biologique fréquent sont justifiables de règles diététique, de traitements médicaux. Elles posent le problème de leur prévention, par des indications et des techniques appropriées dans le traitement chirurgical de l'ulcère gastro-duodénal.

2 - La malnutrition au sens large du terme entraine aussi, mais heureusement rarement, des états extrêmement graves chez le gastrectomisé pour ulcère, mettant parfois la vie des opérés en danger ou tout au moins la rendant misérable.

Nous étudierons successivement :

- Les syndromes multicarenciels complexes
- Les troubles de l'ostéogénèse
- Les complications anémiques un peu particulières.

Les syndromes multicarentiels

Une des premières observations de cette affection est française, nous la devons à LAMBLING en 1949.

1°) Il s'agit d'un syndrome fort rare, plus étudié par le médecin et le gastro-entérologue que par le chirurgien. Il n'apparait guère dans les grandes statistiques de gastrectomie. Il a pourtant fait l'objet de nombreuses publications, toutes ou presque médicales et bien des auteurs avancent les chiffres de 1 à 2 % des gastrectomies.

2°) La définition de ces syndromes doit être stricte. Il faut se limiter aux accidents de carence après gastrectomie subtotale pour ulcère histologiquement bénin, techniquement correcte (nous avons vu ailleurs des syndromes carentiels dont on pouvait dire qu'ils sont expérimentaux par défaut grossier de technique avec shunt gastro-iléale).

3°) L'étiologie technique de ces syndromes est assez analogue. Toutes les observations ou presque ont trait à des gastrectomies avec anastomose gastro-jéjunale. La carence complexe grave n'existe pas après gastrectomie à la Péan.

4°) La latence d'apparition du syndrome est en elle-mêmetrès remarquable, très rarement quelques mois, beaucoup plus souvent plusieurs années se sont écoulées entre la gastrectomie et l'aggravation des troubles amenant à consulter. Tout se passe comme si un équilibre biologique précaire était peu à peu rompu jusqu'à l'effondrement.

5°) Le tableau clinique est d'une grande richesse, et permet sur la connaissance de l'antécédent chirurgical de porter un diagnostic immédiat.

a) Le malade se présente comme un grand dénutri, incapable de toute activité normale s'il n'est pas grabataire, précocément très vieilli par rapport à son âge réel.

b) Ce sont les troubles généraux et fonctionnels qui amènent à consulter ou à être hospitalisé.

- L'amaigrissement reflet de la dénutrition est massif, dépassant souvent 10 kg.

- L'asthènie est intense, tant physique qu'intellectuelle.

L'ancréxie globale.

- Les oedèmes diffus de type carentiel ont pu aussi inquiéter ce malade cachectique.

- La diarrhée est constante chronique.

c) C'est l'interrogatoire et l'examen qui retrouvent les éléments de l'insuffisance poly-glandulaire.

- L'asthénie est non seulement physique et intellectuelle mais aussi sexuelle, et tous les auteurs insistent sur l'impuissance fréquente de ces malades, qui soit par timidité, soit par insouciance n'en parlent pas spontanément (15).

- Les troubles trophiques intéressent tous les éléments superficiels cutanés, phanériens et muqueux,

* La peau est fine, sèche, ichthyosique et glabre.
* Les ongles sont striés et cassants.
* Les muqueuses ne sont pas indemnes.
* Glossite et chelyte sont fréquents.

- Les autres éléments du déficit hormonal sont d'appréciation clinique plus délicate.

- La note thyroïdienne est facilement décelable : l'asthénie intellectuelle, la fatigabilité musculaire, la frilosité habituelle de ces malades en témoignent.

- L'insuffisance surrénale est surtout biologique, mais l'hypotension artérielle est de règle.

Cliniquement enfin, des thromboses vasculaires ont été décrites ; elles sont à rapprocher de celles que l'on observe dans les oedèmes de famine. On tiendra compte de cette tendance lors d'une éventuelle réintervention.

6°) L'étude biologique de ces syndromes multicarentiels montre une carence d'apport et d'absorption manifeste.

- L'anémie, nous le reverrons peut être au premier plan, elle est ferriprive ou protéinoprive.

- L'hypoprotidémie, l'hyposérinémie avec inversion du rapport sérum-globuline, témoignent d'une perturbation considérable du métabolisme protidique (73 - 93).

- Hypoglycémie sans flèche d'hyperglycémie provoquée

- Hypoprothrombinémie

- Cette étude biologique peut être approfondie par une étude des excrétions hormonales, thyroïdiennes, surrénaliennes, et genadiques, montrant une insuffisance polyglandulaire.

7°) En conclusion : ce syndrome constitue un véritable cercle vicieux : tout se passe comme si la carence lipido-protidique gènait l'édification hormonale ou enzymatique, dont le déficit aggrave à son tour les troubles de malabsorption et d'utilisation.

Les troubles de l'ostéogénèse (80 - 82 - 70)

1°) Généralités souvent noyées dans un syndrome carentiel grave, l'ostéomalacie a pu dans certains cas dominer le tableau clinique.

Il s'agit dans les formes sévères d'une complication rare, plus rare même après gastrectomie qu'après gastro-entérostomie, mais d'un intérêt pathogénique certain, puisque inconnue après Péan. La maladie guérit par les interventions de reconversion.

- L'ostéomalacie, hormis le cas de néphropathie congénitale, réalisant un véritable diabète calcique, est induite par un défaut d'apport ou d'absorption du calcium.

- Il faut insister sur la plus grande fréquence de l'ostéomalacie post-gastrectomie chez la femme et là aussi sur sa longue latence d'installation clinique après la gastrectomie.

- Au point de vue pathogénique et technique, le rôle de l'exclusion duodéno-pancréatique dans l'éclosion du syndrome est manifeste. Sa correction par remise en circuit du bloc duodéno-pancréatique est certaine.

2°) Cliniquement

- Ce sont les douleurs osseuses, dorsales, currales des thoraciques qui entrainent la consultation.

- Leur font cortège la diarrhée, l'amaigrissement, l'anémie.

- Des déformations osseuses, des fractures pathologiques même ont été décrites. C'est la cyphose dorsale qui est la plus communément observée.

3°) Le bilan radiologique fait état de la raréfaction osseuse et peut mettre en évidence les aspects décrits par LOOSER et MILKMANN, sur les côtes, les vertèbres, l'os iliaque, le col du fémur.

4°) C'est le laboratoire qui authentifie définitivement la maladie et permet de l'isoler de l'ostéoporose simple.

- La calcémie est basse

- La phosphorémie aussi

- et surtout l'épreuve de surcharge calcique est négative, il n'y a pas de modification du débit calcique urinaire.

5°) La pathogénie de la maladie chez le gastrectomisé subtotal est relativement simple, plusieurs facteurs entrant en jeu.

a) Le défaut d'apport calcique est dû aux mauvaises habitudes alimentaires et à la tolérance souvent médiocre des laitages par le gastrectomisé.

b) Le défaut d'acidité gastrique

c) La stéatorrhée en rapport avec l'exclusion duodéno-pancréatique semble être le facteur essentiel : elle entraine une mauvaise absorption de la vitamine D.

d) Enfin ce que l'on peut appeler la perturbation de la cinétique grélique.

Pour appuyer ces hypothèses, de très belles observations (HILLEMARD P.) d'ostéomalacies post-gastrectomie, traitées et guéries par remise en circuit du duodénum, ont été publiées.

Les anémies chez le gastrectomisé subtotal (2 - 4 - 25 - 37).

Comme l'ostéomalacie, et bien plus souvent qu'elle l'anémie peut-être un syndrome d'accompagnement d'un état plus ou moins grave chez un opéré ancien. Ailleurs elle est modérée, symptomatique et découverte lors d'une numération systématique. Ailleurs encore elle peut accaparer l'attention, et poser des problèmes de classification de pathogénie et éventuellement des problèmes de correction chirurgicale.

1°) Classification de ces anémies

a) Des anémies hyperchome macrocytaire, parabierucriem, ont été décrites, elles sont tout à fait exceptionnelles après gastrectomie subtotale ou gastro-entérostomie.

b) Les anémies hypochrome, ferriprives sont les plus classiques et les plus anciennement connues. Dans leurs formes modestes, elles sont fréquentes, découvertes de laboratoire et justifiables de traitements médicaux banaux.

Ailleurs, elles sont intenses avec la pâleur verdâtre des grandes hypochomies, l'asthénie profonde et le vertige des signes indirectes, tels que dysphagie, stomatite.

La mal absorption du fer chez le gastrectomisé peut reconnaitre au moins deux causes :

- L'une est sans rapport avec la technique employée, c'est laclilaydul.

- L'autre est l'exclusion duodénale puisque le deuxième duodénum est le lieu principal de l'absorption du fer.

c) Quant aux anémies protéiprives, elles sont fréquentes et font partie des syndromes carentiels complexes.

- Le fer sérique y est normal

- Par contre l'étude des capitaux circulant montre un déficit nettement marqué :

de l'hémoglobine totale circulant

du volume globulaire total

Elles posent les mêmes problèmes pathogéniques que les grands syndromes carentiels, ce qui nous amène à étudier :

La pathogènie de la malnutrition chez l'opéré de l'estomac avec anastomose gastro-jéjunale (94 - 95 - 108 - 129).

La gastrectomie alliée à la suppression du sphincter et à l'exclusion du bloc duodéno-pancréatique induit des conditions anatomiques, physiologiques et histologiques défavorables à une nutrition correcte.

La littérature est très riche de travaux, sur les résultats fonctionnels comparés des différentes méthodes de gastrectomie. Nous retiendrons quelques étapes fondamentales de la bibliographie de ces dernières années.

1°) Dès 1955 COUINAUD (40) écrivait que l'exclusion du bloc duodéno-pancréatique est une des plus préjudiciables infirmités, conférée par la chirurgie moderne.

2°) En 1958, HERRINGTON (79) étudie les suites à long terme de 107 BILLROTH I et de 209 BILLROTH II.

La nutrition étudiée par l'étude pondérale montre à l'audience que les Péan donnent de meilleurs résultats.

P	B I	B II
Poids normal ou supérieur	93,3 %	84,5 %
Perte de poids	6,7 %	15,5 %

Sans être peut-être aussi optimiste que cet auteur, nous sommes de son avis et nous notons qu'il insiste sur la mauvaise tolérance des anastomoses gastro-jéjunales chez la femme.

3°) En 1958, un article de notre Maître PATEL met l'accent sur les bons résultats nutritionnels du Péan.

4°) En 1960, P. HILLEMAND et PORCHER font une étude clinique et radiologique portant sur 82 grêles de gastrectomie. Ils insistent sur l'importance du court-circuitage duodénal qui entraine un défaut de digestion et d'absorption intestinale.

5°) En 1962 BUCAILLE et SOUPAULT écrivait que les opérations excluant le duodénum accumulent les méfaits physiologiques.

- Perte du réservoir gastrique et effet de

- et surtout exclusion duodénale : la forte diminution de secrétion acide crée déjà une situation défavorable à la production de sécrétine, il est indispensable de conserver le réflexe mécanique duodénal qui pallie en partie ce défaut de sécrétion.

6°) En 1962, le travail de LATASTE et NEVEU sur l'analyse des Péan du service est en faveur nette de ce type d'intervention.

7°) En 1963 les travaux de KIEKENS sur la secrétion pancréatique des gastrectomisés sont fondamentaux.

- Il y a une baisse quantitative de la sécrétion pancréatique externe beaucoup plus importante après gastrectomie type BILLROTH II.

- Parallèlement à cette diminution des ferments pancréatiques, on assiste à des modifications histochimiques pancréatiques considérables : pycnose nucléaire, diminution ergatoplasmique, disparition des grains de zymophène pour le pancréas externe, hyperplasie des cellules A pour le pancréas endocrine.

Ces modifications sont lentes et expliquent en partie la longue latence d'apparition des syndromes carentiels après l'intervention.

8°) En 1964, FODOR et DIMITRASU étudient les modifications pathologiques et l'adaptation de l'intestin grêle dans les suites de gastrectomie.

- Morphologiquement la jéjunite hyperplasique, beaucoup plus rarement la jéjunite atrophique sont plus fréquentes lorsqu'il y a eu anastomose gastro-jéjunale.

- Radiologiquement, les réactions tono-motrices du grêle tendent à compenser l'effet de chasse initial, mais le transit reste beaucoup plus rapide après BILLROTH II qu'après Péan ; ce qui donne des conditions d'absorption défavorables.

- Cette capacité d'absorption a été étudiée par les auteurs à l'aide d'un hydro d'iode albumine marqué.

L'absorption étant inversement proportionnelle à la radio-activité fécale restante. Cette épreuve est théoriquement en faveur nette des anastomoses gastro-duodénales.

9°) En 1966 MAGENDIE amène une note nouvelle en étudiant 44 gastrectomies de différents types par le radiocinéma, et essaye de dégager les corrélations radio-cliniques. On sait que le radio-cinéma a été attaqué en tant que moyen diagnostic en pathologie gastrique organique, mais il est à notre avis irremplaçable en pathologie fonctionnelle.

En résumé, cette longue énumération de complications fonctionnelles intéressent :

- Soit des gastro-entérostomies avec ou sans Dragstedt associé

- Soit des gastrectomies subtotales, peut être regroupée en trois grands groupes :

a) Un groupe de complications dynamiques. L'anastomose rompt au maximum la dynamique normale du couple gastro-intestinal. Que dire quand sa réalisation technique n'est pas parfaite ? Dans ce groupe nous avons vu les obstructions.

b) Un groupe de complications métaboliques carentielles dont le lieu commun est l'asynchronisme pancréatico-biliaire et digestif.

c) Un groupe mixte, c'est la perturbation dynamique qui entraine le phénomène physiologique qui aboutit au Dumping syndrome.

Ces complications dans leurs formes graves ont fait l'objet de l'attention des chirurgiens qui ont essayer d'y remédier.

LES TENTATIVES CHIRURGICALES DANS LA CORRECTION DES TROUBLES FONCTIONNELLES.

I - GENERALITES

Sauf dans les cas extrêmes grande dénutrition ou Dumping syndrome très sévère, il faut insister sur les difficultés dans la majorité des cas de l'indication opératoire.

Tant du fait du terrain, que du caractère souvent mouvant des troubles présentés, il faut pouvoir être sûr que l'intervention projetée améliorera le malade et n'induira pas des complications à long terme, au premier rang desquelles, il faut toujours avoir présent à l'esprit l'ulcère peptique.

Nous réinsistons sur le danger et la gravité d'une réintervention abusive pour troubles fonctionnels post-gastrectomie, et donc sur l'intérêt primordial d'une indication opératoire basée sur des motifs cliniques, radiologiques, et biologiques certaines.

II - LE BILAN PRE-OPERATOIRE

a) Cliniquement. Nous avons vu chemin faisant, les différents syndromes fonctionnels qui peuvent faire poser une indication opératoire.

Il est évident que les formes mineures de ces troubles, ne sauraient être justifiables de réintervention, qui ne peuvent être sans aucun risque.

Nous ferons mention particulière d'une notion clinique pré-opératoire à notre avis très importante : l'état psychologique du malade, un déséquilibre psychique même mineure très fréquent chez les ulcéreux, allié parfois à un désir manifeste de profiter de la situation est un lourd handicap dans les possibilités d'appréciation de l'indication opératoire et des résultats de la reintervention.

b) Le bilan radiologique sera complet.

L'interprétation de ces clichés post-opératoires n'est pas toujours facile. Le diagnostic d'ulcère peptique est souvent posé de façon abusive ; on n'omettra pas si la symptomatologie clinique y fait penser, de rechercher par des clichés appropriés le reflux gastro-oesophagien.

c) Le bilan biologique est d'abord un bilan de routine pré-opératoire sur lequel nous ne nous étendrons pas.

- C'est aussi un bilan orienté, un point important et d'appréciation difficile est celui de l'acidité de l'estomac ou du moignon gastrique après anastomose gastro-jéjunale.

- Qu'il y ait eu ou non Dragstedt lors de la première intervention, il est capital de s'enquérir de l'état d'acidité gastrique à priori si la lésion initiale était un ulcère duodénal.

- Cette étude de l'acidité post-opératoire se heurte à une difficulté sur laquelle on a peu insisté : le tubage gastrique peut être perturbé au point d'être rendu ininterprétable par la stase gastrique et surtout le reflux alcalin à travers l'anastomose gastro-jéjunale.

III - LES INTERVENTIONS REALISABLES.

Une fois le principe de la réintervention admis, de multiples possibilités ont été décrites, allant des gestes les plus simples aux interventions les plus complexes.

Nous étudierons ces interventions en deux groupes.

A - D'une part des interventions palliatives, rapidement passées en revue.

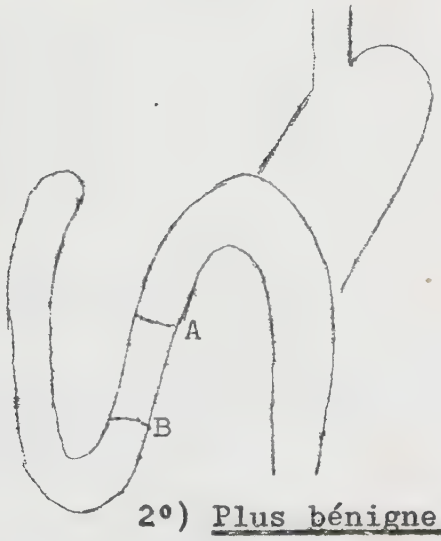
B - D'autre part, le grand groupe des interventions correctrices à visée beaucoup plus pathogéniques.

A - LES INTERVENTIONS PALLIATIVES.

Des troubles importants dûs à de petites imperfections techniques ont pû être corrigées dans certains cas par des moyens simples que nous passerons en revue, car ces gestes aussi simples qu'ils soient, ne semblent pas exempt de critique.

C'est ainsi :

1°) Qu'une anse afférente manifestement trop longue et flottante a pu être réséquée en partie sans modification du montage. Cette opération a donné un bon résultat à STARZI. Il s'agit à notre avis d'une intervention techniquement délicate et dont les risques immédiat de fistule et d'occlusion contre balancent largement l'apparente simplicité.



Résection du segment AB d'une anse afférente trop longue.

2°) Plus bénigne, mais guère plus satisfaisante, est la simple suspension d'une anse afférente trop longue, car cette suspension secondaire ne peut être que sous-mésocolique. Il ne peut s'agir que d'un pis aller sur un terrain trop fatigué pour supporter un démontage de l'anastomose.

3°) L'anastomose jéjuno-jéjunale aux pieds des anses afférentes et efférentes pour lutter contre un syndrome de l'anse borgne est depuis longtemps une intervention rejetée par presque tous, car grèvée d'une très lourde menace d'ulcère peptique.

Anastomose jéjuno-jéjunale aux pied des anses afférente et efférente.

B - LES INTERVENTIONS CORRECTRICES.

Ce sont des interventions beaucoup plus complexes, s'appuyant sur des bases pathogéniques et physiologiques que nous avons déjà vu. Certaines visent à ralentir la vidange gastrique, ou à agrandir le réservoir gastrique, et s'adressent plutôt au traitement du Dumping-syndrome.

Un autre grand groupe vise à remettre le duodénum dans le circuit digestif.

En résumé, l'incontinence gastrique, mais surtout l'hyperpéristaltisme jéjunal surpris par l'arrivée post-prandiale brutale, sont les deux grandes déviations à corriger.

Nous étudierons successivement :

I - Quelques techniques visant au traitement du dumping-syndrome.

II - Les interpositions gastro-duodénales correctives d'un segment libre de colon ou de grêle.

III - Les transpositions de l'anse afférente, mais surtout de l'anse efférente au duodénum.

IV - Nous apporterons nos observations de dégastro-gastrectomie avec anastomose directe gastro-duodénale.

V - Nous ferons enfin un court chapitre basé sur une seule observation du démontage d'une gastro-entérostomie suivi de dragstedt et pyloroplastie.

I - Certaines techniques se sont adressées au traitement du Dumping-syndrome.

Bien des auteurs nient à la remise en circuit du duodénum, toute vertu thérapeutique sur le dumping-syndrome. Nous avons vu pourquoi, nous ne sommes pas absolument de leur avis.

A - L'interposition isolée d'un segment antipéristaltique de grêle a été réalisée avec succès sur le plan cinétique (CHRITEAS (35). Cet auteur s'est basé sur le temps d'évacuation du moignon gastrique chez le chien avant et après interposition.

- Le temps d'évacuation de 100 ml de solution barytée donne les résultats suivants :

* Chien normal ..... 90 à 120 minutes

* Chien gastrectomisé ..... 10 à 40 minutes

* Après interposition ..... 75 à 120 minutes

Nous ferons à cette méthode deux critiques :

a) L'une technique, car elle demande une double anastomose intestinale et une torsion du mésentère qui nous parait dangereuse.

b) L'autre pathogénique, est le danger certain d'ulcère peptique sur le segment mis en antipéristaltisme.

B - Les essais d'agrandissement du réservoir gastrique ont donné lieu à des tentatives ingénieuses auxquelles nous reprocherons leur complexité.

a) LAURENCE agrandi le réservoir gastrique par une anse jéjunale plicaturée en remettant le duodénum en circuit par un procédé dérivé de celui de SOUPAULT.

b) POTH a décrit en 1957 un procédé ingénieux, mais complexe, utilisant deux anses jéjunales, l'une pré-péristaltique, l'autre antipéristaltique.

II - Les interpositions d'un segment libre de tube digestif.

A - L'interposition d'un segment de colon transverse ou opération de Moroney (116).

Cette intervention n'a été que rarement pratiquée comme intervention correctrice. Elle a été décrite par son auteur comme une interposition primitive en 1952.

Notre Maître le Professeur PATEL a réalisé cette intervention en 1953.

Il s'agissait à vrai dire d'une gastrectomie totale pour cancer, mais ceci laisse son intérêt à l'aspect technique de l'intervention et à son résultat radiologique excellent (en chirurgie de l'estomac de Gueullette.)

1°) Ses bases anatomiques et physiologiques sont bien connues.

- Agrandissement du réservoir gastrique par l'interposition d'un segment digestif de calibre important et offrant de grande facilité technique de suture et une bonne vascularisation.

- Ralentissement de l'évacuation de ce néo-estomac par la position antipéristaltique du segment interposé.

- Enfin, MORONEY avait pensé que les qualités de résistance de la muqueuse colique mettraient les malades à l'abri des récurrences peptiques.

2°) Les critiques faites à cette intervention peuvent être extrêmement sévères.

a) La complexité technique de l'intervention n'échappe à personne puisqu'elle demande successivement :

- Un démontage de l'anastomose gastro-jéjunale et une réparation de la continuité jéjunale.

- Une préparation de la greffe colique et une suture colique.

- Puis une double anastomose haute et basse sur le moignon gastrique et de duodénum.

b) Quels que soient les progrès de la préparation colique moderne, on ne peut s'empêcher de penser qu'une telle intervention comporte un long temps septique.

c) La physiologie nous a appris que la fonction de réservoir gastrique n'a pas une très grande importance fonctionnelle : ce colon coupé de son inervation extrinsèque, se laisse distendre passivement ; seuls les clichés de contrôle post-opératoires donnent une fausse impression de remarquable résultat anatomique.

d) L'antipéristaltisme du segment interposé, garan théorique d'une évacuation lente et en fait très génant : la muqueuse colique continue a secréter du mucus et les régurgitations blanchâtres, filantes sont fort désagréables pour le malade.

e) Enfin et surtout, la résistance de la muqueuse colique à l'acidité est un mythe et l'anastomose supérieure gastro colique est particulièrement menacée de récurrence peptique : HEPP sur 20 MORONEY rapporte 4 ulcères peptiques, soit le pourcentage inacceptable de 20 %.

En conclusion, cette intervention techniquement délicate grévée de gros risques, est actuellement abandonnée.

B - L'interposition gastro-duodénale d'un segment libre et vasculaire de grêle monté

HENLEY a décrit cette intervention comme étant essentiellement une interposition primitive préventive des accidents fonctionnels, nous en reparlerons.

1°) Cette intervention comprise comme une intervention correctrice accumule les difficultés.

a) La complexité technique et le nombre des anastomoses ne peuvent échapper.

Il faudra successivement :

- Démontrer l'anastomose et refaire la continuité jéjunale.

- Disséquer et préparer le moignon duodénal.

- Préparer correctement un segment jéjunal en prenant un soin constant de sa vascularisation.

- Et enfin, sans traction, ni torsion du mésentère, monter ce segment jéjunal d'une part au moignon gastrique d'autre part au duodénum, quel que soit le mode d'anastomose à ce niveau.

b) L'échec de la fonction réservoir de ce greffon jéjunal a les mêmes raisons que l'échec dû à une plastie de colon transverse.

c) Enfin et surtout, il y a le risque énorme d'une récurrence peptique sur l'anastomose supérieure gastro-jéjunale : 14 % pour HENLEY, 7 % pour BUCAILLE. Ceci même après un contrôle pré-opératoire.

Satisfaisant de l'acidité gastrique, HENLEY lui-même déconseille cette intervention dans les ulcères duodénaux. Il ne lui reste alors guère d'indication puisque, à l'exception d'ulcère sous cardiale on peut toujours faire un Péan dans un ulcère gastrique.

C - Nous ne ferons que mentionner l'interposition secondaire d'un segment d'iléo-colon droit qui par sa complexité n'a pas sa place en tant qu'intervention correctrice de troubles fonctionnels post-gastrectomie.

III - LES TRANSPOSITIONS.

Depuis une dizaine d'années, les chirurgiens se sont penchés sur les possibilités de remise en circuit du duodénum après BILLROTH II, par transposition de l'une des deux anses afférente ou efférente de la bouche gastro-jéjunale au duodénum.

A - La transposition du duodénum de l'anse afférente (TDAA) est une intervention rarement pratiquée.

1°) Sa technique d'une relative simplicité est essentiellement conditionnée par la longueur de l'anse afférente. Il est rare qu'elle le soit assez, pour que le montage se fasse sans traction, condition essentielle.

2°) La seconde critique, que l'on peut faire à cette intervention est que l'anse transposée est en antipéristaltisme, position favorable au reflux et à la distension.

Schéma TDAA.

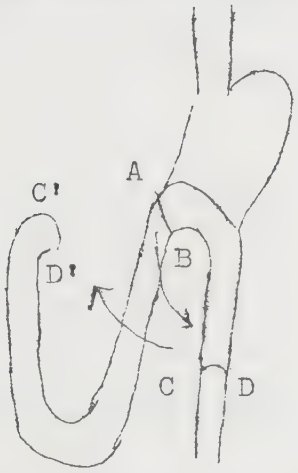
TDAA

B - La transposition au duodénum de l'anse efférente TDAE. Est-elle techniquement toujours réalisable ?

Cette intervention décrite par HENLEY a été reprise en France, où elle est plus connue sous le nom d'intervention de SOUPAULT et BUCAILLE. MOUCHET l'a employée ainsi que bien d'autres ces dernières années. (117 - 136 - 137 - 144)

1°) Les bases anatomoques et physiologiques de remettre en circuit le duodénum sans démontage de l'anastomose et sans traction puisque l'anse éfférente donne suffisamment d'étoffe.

2°) Sa technique est résumée sur le schéma suivant :



3°) Les indications. Il s'agit d'une intervention réservée aux troubles fonctionnels graves que nous avons vu :

- Dumping-syndrome sévère
- Syndromes multicarentiels, voire des formes anémiques graves.
- Syndrome hypoglycémique
- Reflux important dans l'anse afférente.

Il s'agit là des grandes indications d'ordre anatomique ou physiologique de remise dans le circuit digestif du duodéno-pancréas.

- WEISS laisse entrevoir une indication fort intéressante en ce qui concerne les tares (tout spécialement les alcooliques). Sur ce terrain le réflexe du chirurgien est bien souvent de faire le minimum en cas d'ulcère gastro-duodénal (gastro- entérostomie associé parfois à un Dragstedt). Il semble en fait que l'exclusion du duodéno-pancréas est physiologiquement cela se conçoit très bien, soit fort mal supporté chez l'insuffisant hépatique. Avec toutes les réserves que suggère ce terrain, un gastro-jéjunostomie mal tolérée pourrait donc être reconvertie chez l'alcoolique.

- Dans le même ordre d'idée et bien qu'il ne soit plus de mise d'incorporer les vieillards aux tarés, il faut bien reconnaitre que l'anastomose gastro-duodénale est hautement désirable. chez les sujets âgés.

4°) Etude critique des résultats de la TDAE

a) Il est certain que les résultats fonctionnels sont bons.

Des sujets atteints d'un Dumping sévère ont vu s'amender leurs troubles, de grands carencés ont été transformés. Il ne s'agit là que de résultats physiologiquement favorables et dûs à la remise en circuit normal du tube digestif.

b) Les résultats anatomiques sont bons aussi, et la dynamique du montage s'est révélée très satisfaisante à ceux qui comme STARZI ont fait des études radio-cinématographiques post-opératoires.

c) Mais il ne s'agit pas d'une intervention sans incidents post-opératoires immédiats, et peut-être surtout sans danger lointain.

Si nous prenons par exemple les 22 cas rapportés par WEISS et que nous analysions ses résultats :

- Nous ne tiendrons aucun compte des deux décès post-opératoires par pancréatite aigüe et embolie pulmonaire qui n'ont rien à voir avec la technique.

- Par contre l'auteur rapporte une occlusion du 10ème jour par sténose de l'anastomose jéjuno-jéjunale : il fait jouer un rôle à la briéveté de l'anse afférente ayant entrainé une traction trop importante sur le suture. Ces complications occlusives sont certainement l'une des critiques que l'on peut faire à cette intervention, dont les manoeuvres sous-mésocoliques difficiles, sont responsables.

L'auteur rapporte une fistule jéjuno-duodénale d'ailleurs bénigne, on ne peut la compter au passif de la méthode puisqu'ainsi bien il y a des fistules possibles sur une anastomose gastro-duodénale.

Avec beaucoup de loyauté WEISS note l'absence d'ulcère peptique dans cette série mais insiste sur le faible recul de ses observations.

d) Beaucoup plus importante et plus instructive est la vaste revue de TDAE que fait le même auteur en colligeant 197 cas de la littérature.

- Il retrouve 7 décès post-opératoires, soit le chiffre important de 3 %. Nous pensons que 5 de ces décés ne sont pas imputables à la méthode.

- Une péritonite par blessure duodénale par une pince.

- Une pancréatite aigüe.

- Une hémopéritoine de cause ?

- Une décompensation d'une cirrhose.

- Un cas non-élucidé.

Par contre deux occlusions, l'une inflamatoire, la seconde par volvulus du grêle ont été mortelles et sont pour nous des complications en rapport avec des manoeuvres opératoires longues et délicates dans l'étage sous-méscolique.

- Dans la même série des complications post-opératoires non-mortelles, comptent :

- Un abcès sous-hépatique.

- Un abcès du foie.

- Une fistule jéjuno-duodénale.

- Des troubles du transit ont été notés plusieurs fois, par atonie et dilatation de l'anse transposée et du troisième duodénum : il ne semble s'agir là que d'un incident comme on en voit après gastro-duodénostomie.

- C'est surtout le danger de l'ulcère récidivant après T D A E qui doit être le souci majeur. Il s'agit d'un complication tardive qui peut être redoutée à très lointaine échéance, si bien que la plupart des résultats actuels ne peuvent être tenus pour définitifs, le lieu d'élection de l'ulcère peptique est bien entendu l'anse transposée peu habituée à être baignée par un liquide éventuellement acide.

Sur les 197 cas colligés par WEISS, il en est retrouvés 5 cas,soit 2,35 %, pourcentage déjà très important, pourcentage franchement inquiétant compte-tenu du recul encore faible de la plupart des observations.

5°) En conclusion. Nous ferons à la T D A E qui par ailleurs sur le plan fonctionnel, est une excellente intervention, deux critiques majeures.

a) La première est d'ordre technique.

Bien que les chirurgiens qui s'en soient servis estiment qu'il s'agit d'une technique rapide et simple, nous pensons que les manoeuvres sous-mésocoliques qu'elle entraine, sont longues, difficiles et sans doute périlleuses.

- Nous avons vu que l'anastomose jéjuno-jéjunale n'admet aucune traction.

- Nous savons que l'anse trasposée doit être parfaitement irriguée, bien mobilisée avec son néo sans traction, ni torsion. S'il on veut éviter nécrose et fistule, on est donc amenés forcément pour réaliser ces deux anaspomoses à un long temps sous-mésocolique plus ou moins septique et facteur de complications mécaniques et inflammatoires.

b) La deuxième critique beaucoup plus sévère d'appréciation actuelle, délicate dans ses conséquences est l'ulcère peptique de l'anse transposée qui laisse planer une menace sur la méthode si l'on veut bien considérer sa longue latence de survenue. Nous avons vu d'autre part, que l'appréciation de l'acidité pré-opératoire dans les anastomoses gastro-jéjunales est sujette à causion, ce qui complique encore le problème. Nous aurons l'occasion de revoir ce problème.

Compte tenu de la relative complexité de toutes les interventions décrites jusqu'alors, des risques immédiats ou lointains qu'elles comportent, la reconversion la plus simple que nous allons étudier maintenant, nous a toujours donné satisfaction.

IV - Les dégastro-gastrectomies avec anastomose gastro-duodénale type Pean.

I - Définition. Nous entendons cette intervention :

a) Soit comme le démontage d'une gastro-entérostomie suivi de gastrectomie subtotale et d'anastomose gastro-duodénale.

b) Soit comme la reprise d'une gastrectomie de type Polya ou Finsterer, avec ou sans recoupe gastrique, mais toujours avec anastomose gastro-duodénale.

II - Historique. Cette intervention a de nombreux détracteurs à l'inverse, elle est peut réalisée dans la littérature. Néanmoins BOHMANSSON en 1951 en apporte une série importante, tant pour ulcère peptique que pour troubles fonctionnels, et ne note aucune difficulté particulière.

III - Les critiques faites à cette intervention de reconversion ont toujours été sévères et sont de trois ordres : technique, pathogénique et physiologique. Nous les verrons et nous envisagerons de prendre la défense de cette méthode.

1°) Les critiques techniques

a) La critique majeure, définitive et la plus souvent formulée, est l'impossibilité technique de l'anastomose gastro-duodénale directe après démontage de l'anastomose pré-existante à fortiori si l'on a réalisé une recoupe gastrique. Les auteurs qui combattent la méthode et, sont attirés par les trans-positions, estiment irréalisable une anastomose gastro-duodénale sans traction dangereuse.

Si l'on s'entient aux chiffres, nous présentons dix interventions de ce type pour troubles fonctionnels, même si l'on écarte les quatre malades qui avaient eu primitivement une gastro-entérostomie, il reste six malades porteur d'une gastrectomie, dont trois, comme nous le verrons sont des multiopérés. Pourtant, il ne nous a jamais paru dangereux de faire ce type d'anastomose. Nos dix observations ne concernent que des troubles fonctionnels, il faudrait y ajouter les quinze ulcères peptiques traités de la même façon par J. LATASTE.

Les artifices techniques qui permettent l'anastomose sans traction sont connus de tous. Nous nous permettrons d'insister :

- Sur l'intérêt d'un décollement duodéno-pancréatique bien fait, dépassant largement la veine cave inférieure, allant jusqu'à la face antérieure de l'aorte. Il ne nous a jamais causé aucun ennui.

- De la même façon on peut trouver l'étoffe nécessaire en gagnant un peu sur la grande courbure, parfois insuffisamment libérée : il arrive souvent que la section du premier vaisseau court rende possible une anastomose gastro-duodénale, qui paraissait de réalisation imprudente.

b) La seconde critique est d'ordre pathogénique.

Certains auteurs rejettent ce type de dégastro-gastrectomie en invoquant le risque d'ulcère peptique sur l'anastomose gastro-duodénale. Ce risque nous semble très minime, il n'y a pas eu d'ulcère peptique après Péan dans le service du Professeur PATEL, même si le recul parfois insuffisant ne nous permet d'affirmation formelle.

Un élément certain et important : au cours de la réintervention, il est capital de vérifier l'état du premier duodénum. Deux situations peuvent se présenter.

a) L'intervention première avait été une gastro-entérostomie pour ulcère du bulbe : il faut comme lors d'une gastrectomie primitive passer assez loin du pylore pour réséquer sûrement la zone réflexogène post-pylorique.

b) Le problème est identique lors de la reprise d'une gastrectomie Polya ou Finsterer. La découverte et le dissection du moignon duodénal n'est jamais difficile contrairement à une opinion fréquemment formulée. Il arrive souvent, et nous le verrons dans nos compte-rendus que ce moignon soit repris car jugé trop long, dans ces cas, la gastrectomie première était passée au ras du pylore. Ceci sans insister sur les cas où le pylore avait été laissé en place.

Cette résection d'un premier duodénum trop long est pour nous la meilleurs assurance pour l'avenir si l'on est sûr du Dragstedt, préalablement réalisé.

c) La troisième critique est d'ordre physiologique. Elle s'adresse essentiellement au traitement du dumping-syndrome post-gastrectomie ou gastro-entérostomie. Bien des auteurs (HERRINGTON) estime que la reconversion en Péan n'améliora pas le Dumping, leur préférence allant aux interventions plastiques d'agrandissement du réservoir gastrique. Si nous accep-

tons l'hypothèse pathogénique du Dumping qui fait du jéjunum le lieu d'exhémie plasmatique dû à l'irruption rapide de solution hypertonique, il nous semble que la recouversion simple avec le ralentissement qu'elle entraine devrait améliorer le syndrome. Nos résultats sont à cet égard encourageants, mais nous devons avouer que nous n'avons pas dans notre série de Dumping très sérieux.

Nos dégastro-gastrectomies pour troubles fonctionnels

1°) Chronologie

Entre 1961 et 1966, dix malades ont subi cette intervention pour troubles fonctionnels, le terme de dysfonctionnement souvent retrouvé dans les observations nous semble impropre puisque certains de ces opérés avaient un fonctionnement normal de leur anastomose. L'intervention première est de deux types :

- Soit dérivation avec Dragstedt,

- Soit gastrectomie de type BILLROTH II avec ou sans Dragstedt.

Dans tous les cas nous le verrons, l'ulcère peptique a été formellement éliminé pour constituer une série homogène.

Les résultats que nous donnerons sont souvent trop frais pour en tirer des conclusions formelles. Nos malades font partie de la clientèle hospitalière trop mouvante pour être suivis sérieusement.

Les dix observations seront donc analysées dans leurs divers éléments classiques.

2°) Age et sexe des malades. Nous avons neuf hommes et une femme. Le malade le plus jeune avait 24 ans, le plus âgé, 69 ans. La moyenne d'âge de nos opérés est de 36 ans et demi. Il s'agit donc dans notre série d'une intervention pratiquée chez des sujets jeunes, exerçant le plus souvent des pro-

fessions manuelles, très amoindris par leur infirmité gastrique, mais néanmoins susceptibles de faire les frais d'une réintervention longue et parfois difficile. Nous estimons que les mauvais risques chirurgicaux doivent être écartés au maximum d'une indication opératoire fonctionnelle.

3°) La lésion initiale et son évolution. Nos dix sujets avaient été tous préalablement opérés pour un ulcère duodénal, 9 avaient un ulcère bulbaire, un 1 ulcère post-bulbaire. Cet ulcère avait fait l'objet d'un traitement médical plus ou moins bien suivi et plus ou moins actif dans neuf cas. Un sujet (Obs 7) avait refusé tout traitement médical. Le délai entre l'apparition des premiers troubles significatifs et la première intervention varie de quelques mois à dix ans.

4°) L'intervention ou les interventions antérieurement pratiquées.

Sept malades n'avaient subi qu'une intervention antérieure, trois malades étaient des multiopérés.

a) Quatre malades (Obs I, 3, 5 et 7) avaient subi une gastro-entérostomie et Dragstedt. A ce propos nous avons les compte-rendus opératoires et ces dérivations avaient semblé de réalisation correcte.

L'un des malades (Obs 5) avait eu gastro-entérostomie, Dragstedt, et un noeud pylorique pour exclusion duodénale.

b) Trois malades avaient eu une gastrectomie de :

- 2/3 de type BILLROTH II
- Deux Finsterer (Obs. 2 et 10)
- Un Polya (Obs. 9)

c) 3 malades avaient eu plusieurs interventions

- Obs. 8 - Ce malade avait subi un Polya en 1964 et une recoupe avec même montage en 1965, pour ulcère peptique.

- Obs. 6 - La seule femme de la série avait subi une gastrectomie de type indéterminé en 1947, une réintervention de type Polya en 1957.

- Obs. 4 - Ce malade a connu une extraordinaire aventure chirurgicale. Nous reconnaissons qu'il s'agit d'un terrain particulier (vagabond, sans domicile fixe), mais il a subi successivement :

- En 1944 : une gastro-entérostomie

- En 1946 : un Finsterer pour ulcère peptique

- En 1947 : une dégastro-gastrectomie Péan pour ulcère peptique.

- En 1952 : un Dragstedt par voie abdominale

- En 1958 : une découpe et un Ruisterer pour ulcère peptique.

- En 1960 : une pancréatectomie gauche à la recherche d'un Zollinger.

- En 1962 : une reprise du Dragstedt par voie

Cette incroyable suite d'interventions est manifestement la rançon d'une mauvaise orientation pathogènique puisqu'il faut arriver à la quatrième intervention pour voir réalisé un Dragstedt d'ailleurs sans doute incomplet.

TABLEAU RECAPITULATIF

Noms et classification des dossiers.	Localisation de l'ulcère.	Traitement médical.	Intervention première.
Obs.1 Mr Y.HACHEIM	Ulcère post-bulbaire	+	GE + Dragstedt
Obs.2 Mr B.MOHAMED	Ulcère du bulbe	+	Fuisterer
Obs.3 T. SIMON	Ulcère du bulbe	+ mal suivi	GE + Dragstedt
Obs.4 A. RAYMOND	Ulcère du bulbe	±	7 interventions pour ulcères récidivants.
Obs.5. R. JACQUES	Ulcère du bulbe	+	GE + Dragstedt + noeud pylorique
Obs.6. Mme D...	Ulcère ?	±	2 gastrectomies
Obs.7 Mr PEDRO	Ulcère du bulbe	Refus du traitement	GE + Dragstedt
Obs.8 Mr ALI	Ulcère du bulbe	±	Polya puis recoupe et nouveau Polya
Obs.9 A.ABDELKHADER	Ulcère du bulbe	+	Polya
Obs.10 P. ROLAND	Ulcère du bulbe	+	Fuisterer

5°) Les troubles ayant nécessité la réintervention.

a) Obs. 1, Y? HACHEIM - 25 ans. Ulcère post-bulbaire sténosant ayant nécessité une gastro-entérostomie et un Dragstedt sans contrôle préalable de l'acidité en Septembre 1960.

Les suites sont rapidement troublées par des douleurs post-prandiales, des vomissements et surtout une atteinte grave de l'état général, avec un amaigrissement de 7 kilogs, une anémie hypochrome.

- Le contrôle radiologique : montre que la bouche n'est nulle part bien perçue.

- Le contrôle de l'acidité satisfaisant, le Dragstedt a été complet.

- Conclusion : dysfonctionnement d'une bouche (G.E.) qui est exclue, syndrome carentiel modéré, avec cliniquement une ancienne poussée d'ulcère qui sera éliminé.

b) Obs. 2, B. MOHAMED - 69 ans. Gastrectomie Finsterer à Alger en 1959 pour ulcère du bulbe.

- Rapidement se constitue un syndrome clinique typique de l'obstruction de l'anse afférente avec douleurs post-prandiales calmées par des vomissements bileux. Atteinte de l'état général, amaigrissements de 9 kilogs, avec un taux d'hémoglobines à 80 %.

- Radiologiquement. Confirmation du reflux dans l'anse afférente, pas d'ulcère peptique radiologique.

- Il n'y a pas eu de contrôle de l'acidité.

- Conclusion : syndrome de l'anse afférente, clinique et radiologique.

c) Obs. 3, T. SIMON - 34 ans. Gastro-entéros-tomie + Dragstedt pour ulcère sténosant du bulbe en octobre 1962. Les suites sont immédiatement perturbées par des douleurs post-prandiales, une diarrhée précose et tenace.

- Réhospitalisation presque immédiate.

- Contrôle d'acidité

* Flèche à l'histamine à 3 g.

* Flèche à l'insuline à 1 g.

donc la section des X a été sûrement incomplète.

- Radiologiquement : très volumineux estomac avec liquide de stase abondant, bouche de gastro-entérostomie étroite, mais perméable, faible injection du bulbe duodénal mais pas d'opacification du troisième et deuxième duodénum.

Conclusion : le malade présentait deux complications au moins :

- Mauvaise évacuation de son estomac dûe à une G.E. trop étroite,

- Une diarrhée post-prandiale précose, dûe soit à la vagotomie, mais elle était incomplète, soit à la G.E. mais elle ne fonctionnait pas bien.

d) Obs. 4, A. RAYMOND - 40 ans. Le malade a subi entre 1944 et 1962, sept interventions gastriques ou pancréatique pour ulcère récidivant.

- Chez ce malade atteint d'un hospitalisme évident, il existe d'une part, un syndrome de l'anse afférente de sa dernière intervention, un Fursterer qui remonte à 4 ans, d'autre part une atteinte de l'état général dûe en partie à son intervention et en partie à des conditions de vie déplorables.

- La radio est d'interprétation très difficile mais l'anse afférente semble longue. Il n'y a pas d'image d'ulcère peptique.

- Le controle d'acidité est satisfaisant

- Conclusion : le diagnostic pré-opératoire avait malgré les antécédents penché en faveur d'une complication fonctionnelle.

e) Obs. 5, R. JACQUES - 28 ans.

- En octobre 1963, gastro-entérostomie + Dragstedt + noeud pylorique pour ulcère du bulbe.

- Il va s'installer très vite une affection post-prandiale faite de deux éléments.

- Un malaise avec douleurs épigastriques assez mal définies, entrainant des vomissements bileux.

- Un syndrome hypoglycémique certain, typique, bien étudié au cours d'une hospitalisation : la glycémie au cours de la cure descend jusqu'à 0,30 g.

- Radiologiquement : la bouche de gastro-entérostomie fonctionne bien.

- Le contrôle post-opératoire de l'acidité montre qu'elle est nulle et que le Dragstedt est éfficace.

- Conclusion : double complication l'une de type obstructif, l'autre réalisant un syndrome hypoglycémique tardif.

f) Obs. 6, Mme D... - 41 ans.

A subi deux interventions pour ulcère, la dernière un Polya date de 12 ans. La malade consulte en 1965, pour une maladie générale où à côté de digestion difficile, domine l'asthénie, l'anorexie, latteinte grave de l'état général puisque l'amaigrissement est de 11 kilos.

- Conclusion : il s'agit d'un syndrome carentiel grave.

g) Obs. 7, Mr PEDRO - 30 ANS.

A subi en janvier 1963, une gastro-entérostomie + Dragstedt pour ulcère du bulbe.

Après une période d'amélioration, les douleurs ont reprises à jeun et aussi des douleurs post-prandiales, accompagnées de vomissements bileux et alimentaires.

- Retentissement sérieux sur l'état général avec une perte de poids de 6 kilogs.

- Conclusion : il s'agit d'un syndrome fonctionnel évoquant plutôt des troubles obstructifs, mais il n'y a pas de diagnostic précis pré-opératoire.

h) Obs. 8, Mr ALI - 32 ans.

A subi trois interventions successives pour ulcère du bulbe.

En juillet 1964, une gastrectomie 2/3 Polya

En décembre 1964, un Dragstedt par voie abdominale.

En juillet 1965, une recoupe avec Polya pour ulcère peptique.

Ce malade groupe plusieurs complications fonctionnelles :

- Un reflux gastro-oesophagien clinique et radiologique certain.

- Un Dumping-syndrome sévère

- Le retentissement sur l'état général est sérieux, on note un amaigrissement de 8 kilogs.

i) Obs. 9, A. ABDERKADER - 24 ans.

A subi un Polya 2/3 pour ulcère du bulbe en janvier 1965. Dès la reprise de l'alimentation, présente des troubles complexes avec un Dumping certain, des troubles étiquetés comme faisant partie d'un syndrome de l'anse afférente.

- Radiologiquement : le reflux dans une anse afférente longue est confirmé.

- Biologiquement ; les épreuves d'acidité sont satisfaisantes.

- Conclusion : ce malade présente deux complications : un dumping-syndrome modéré, un syndrome de l'anse afférente.

j) Obs. 10, P. ROLAND - 42 ans.

A subi une gastrectomie Frusterer 15 ans plus tôt pour ulcère du bulbe avec un résultat fonctionnel longtemps excellent.

- Puis le malade commence à souffrir sans périodicité, mais avec modiatras postérieure, il présente des vomissements bileux et alimentaires et fait capital, de petites hématémèses répétées, de sang rouge.

- La radio ne montre pas d'image de prolapsus muqueux gastro-jéjunal hypothèse diagnostic un moment avancée, par contre l'anse afférente est sûrement très longue.

- Conclusion : peut-être reflux de l'anse afférente et sans doute phénomène inflammatoire au niveau de la bouche gastro-jéjunostomie.

CONCLUSION -

La plupart de nos malades ont eu leurs troubles étiquetés avant l'intervention, ceci cliniquement et radiologiquement.

Pour deux d'entre eux (Obs.1 et Obs.10), le diagnostic pré-opératoire a été incertain, ces malades sont alors rangés dans le cadre un peu vague des dysfonctionnements. A de rares exceptions près, le bilan pré-opératoire complet a comporté une étude de l'acidité, elle a permis dans un cas au moins de juger du caractère incomplet de la section des X préalablement réalisée.

6°) L'intervention de reconversion.

L'homogénéité est confirmée par le fait qu'à une exception près (Obs. 1, opérateur Docteur J.M. CORMIER les neufs reconversions restantes ont été pratiquées par J. LATASTE. Les compte-rendus opératoires seront donnés in-extenso, car plus qu'une longue dissertation technique, il donne les raisons qui nous ont fait préférer ce type de réintervention et les constatations opératoires.

a) Obs. 1 : réintervention : 12. 10. 1961

Dégastro-gastrectomie Péan.

La bouche de gastro-entérostomie est à 4 cm du pylore, alors qu'à la première intervention on croyait l'avoir faite juxtapylorique. Elle admet un doigt.

Il n'y a pas d'ulcère peptique macroscopique. Dégastro-gastrectomie facile et anastomose gastro-duodénale en un plan sans traction. A noter un pancréas dur.

b) Obs. 2 : réintervention du 1. 2.1962, J. LATASTE.

Dysfonctionnement d'une gastrectomie Finsterer. Dégastro-gastrectomie Péan.

Médiane sus-ombilicale, libération relativement facile des adhèrences. Moignon duodénal assez long, reprise du moignon. Pas d'ulcère duodénal en activité.

Zone anastomotique gastro-jéjunale blanchâtre et indurée. Anastomose très horizontale.

Dégastro-gastrectomie avec résection jéjunale et réfection en un plan.

Fermeture de la brèche mésocolique.

Reprise de la gastrectomie en particulier au niveau de la petite courbure.

Néanmoins anastomose gastro-duodénale facile, sans traction en un plan grâce à un bon décollement duodéno-pancréatique.

Pas d'ulcère peptique sur la pièce.

c) Obs. 3 : réintervention du 22. 11. 1962, J. LATASTE.

Dysfonctionnement d'une G.E. Dégastro-gastrectomie Péan. Dégastro-gastrectomie avec résection du grêle. Anastomose termino terminale en un plan. Fermeture de la brèche mésocolique. Gastrectomie 2/3 avec anastomose gastro-duodénale en un plan, la libération duodénale ayant été assez difficile.

En conclusion : anastomose postérieure étroite et à distance du pylore.

Pas d'ulcère peptique macroscopiquement. Le malade avait eu un Dragstedt incomplet lors de sa première intervention. Il fut réopéré par voie thoracique trois semaines après la reconversion.

d) Obs. 4 : réintervention le 3. 11. 1962, J. LATASTE.

Dysfonctionnement d'une gastrectomie polya. Dégastro-gastrectomie Péan.

Médiane sus-ombilicale, libération de nombreuses adhérences, bouche horizontale, pas de suspension de l'anse afférente qui est dilatée jusqu'au troisième duodénum.

En outre plicature du grêle au niveau de l'anastomose. Dégastro-gastrectomie avec recoupe gastrique remontant sur la petite courbure. Dissection facile du moignon duodénal. Décollement duodéno-pancréatique permettant l'anastomose gastro-duodénale. Pas d'ulcère peptique à l'examen macroscopique de la pièce.

Conclusion : il s'agit d'un cas extrême ou de nombreuses recoupes ont laissé néanmoins de quoi faire une reprise du moignon gastrique et un Péan. Chez ce malade, pourtant très difficile, le diagnostic pré-opératoire avait été fait.

e) Obs. 5 : réintervention du 2. 7. 1965, J. LATASTE.

Dysfonctionnement d'une gastro-entérostomie. Dégastro-gastrectomie Péan.

Médiane sus-ombilicale. Pas d'ulcère macroscopiquement. Le noeud pylorique a tenu et l'ulcère duodénal ne semble pas évolutif. Par contre, duodénum et anse afférente sont très dilatés. Il s'agit vraisemblablement d'un syndrome de l'anse afférente. Péan très facile.

f) Obs. 6 : réintervention du 27. 7. 1965, J. LATASTE.

Dysfonctionnement d'une gastrectomie type polya. Dégastro-gastrectomie Péan.

Reprise du moignon duodénal. Anastomose facile malgré l'étendue des gastrectomies antérieures.

Pas d'ulcère peptique macroscopiquement.

g) Obs. 7 : réintervention 23. 9. 1965;
J. LATASTE.

Dysfonctionnement d'une gastro-entérostomie. Dégastro gastrectomie type Péan. Médiane, libération de quelques adhèrences, pas d'ulcère peptique, pas de sténose de l'anastomose qui est correcte. L'ulcère duodénal semble guéri. En raison des troubles fonctionnels dégastro-gastrectomie antrale avec anastomose gastro-duodénale.

h) Obs. 8 : réintervention du 14. 12. 1965,
J. LATASTE.

Dysfonctionnement d'une gastrectomie Frusterer. Dégastro-gastrectomie Péan.

Médiane sus-ombilicale. Libération de très nombreuses adhèrences, petit moignon gastrique. Anastomose gastro-jéjunale très étroite, mais sans ulcère peptique, anse afférente longue, fossette rétro-anastomotique non fermée.

Dégastro-gastrectomie avec résection du grêle, Fermeture du mésocolon transverse. Résection limitée de l'estomac.

Reprise du moignon duodénal dont la résection semblait insuffisante. Décollement duodéno-pancréatique. Anastomose gastro-duodénale sans traction.

Réfection de l'angle de His en deux plans, car reflux oesophagien.

i) Obs. 9 : réintervention 26. 5. 1966,
J. LATASTE.

Dysfonctionnement d'une gastrectomie polya.

Dégastro-gastrectomie Péan. Médiane sus-ombilicale, libération de très nombreuses adhèrences. Très long moignon duodénal. Bouche horizontale très édroite, mais sans ulcère peptique.

Anse afférente très longue, pas de fermeture de la rétro-anastomotique. Dégastro-gastrectomie Péan, avec petite recoupe gastrique le long de la petite courbure, et importante résection duodénale.

Réfection de l'angle de His, puis pexie de la grosse tubérosité au diaphragme.

j) Obs. 10 : réintervention du 2. 6. 1966, J. LATASTE.

Dysfonctionnement d'une gastrectomie Polya, plus pancréatite chronique, Dégastro-gastrectomie Péan.

Libération assez facile du moignon duodénal qui est correctement réséqué, et de l'anastomose gastro-jéjunale qui est de largeur normale, non scléreuse.

Par contre anse afférente très longue, pas de fermeture de la fente rétro-anastomotique.

Pancréatite chronique, diffuse, scléreuse. Dégastro-gastrectomie en un plan possible malgré le très petit moignon gastrique, grâce au décollement duodéno-pancréatique et à une libération assez étendue de la grande courbure. L'anastomose est étroite, mais sans traction.

k) Conclusion diagnostic : les constatations opératoires ont toujours confirmé le diagnostic clinique et radiologique à une exception près (Ons 7), il a toujours été trouvé opératoirement une malfaçon de la première intervention.

l) Conclusions techniques : au long de ces compte-rendus opératoires, nous retrouvons les notions techniques qui font que cette intervention est à notre avis la plus simple, qu'elle est efficace et sans danger immédiat ou lointain.

1 - L'intervention a toujours été facilement réalisables : notion capitale et ceci même chez des multiopérés à moignon gastrique restreint, où le protocole pré-opératoire avait prévu une interposition. L'anastomose gastro-duodénale s'est toujours faite sans traction grâce au décollement duodéno-pancréatique et à la libération poussée de la grande courbure.

2 - Parmi les malfaçons de la gastro-entérostomie ou de la gastrectomie type B II, nous trouvons :

- Souvent une anse afférente trop longue, flottante, non suspendue.

- Une bouche anastomotique mal placée, trop à gauche, mal orientée et parfois sténosée.

- Une fente rétro-anastomotique non fermée.

- Une libération insuffisante de la petite courbure, au-dessus du pédicule coronaire, obligeant à une recoupe à ce niveau.

- Enfin le moignon duodénal fait l'objet de soins particuliers, il est plusieurs fois trouvé trop long et alors réséqué sur un bon centimètre, sans contrainte ni arrière pensée de rendre l'anastomose plus difficile. Ce moignon est toujours facilement trouvé et disséqué, contrairement à l'opinion communément admise. L'ulcère responsable de l'intervention première est dans nos observations toujours cicatrisé.

- Dernier élément technique : même si la notion n'apparait pas in-extenso dans tous les compte-rendus, le hiatus oesophagien et l'angle de His sont systématiquement vérifiés. Chez deux de nos malades, l'existence d'un reflux oesophagien a entrainé un temps opératoire particulier, simple et éfficace.

7°) Les constatations histologiques.

Pour que notre série soit homogène, il fallait que l'ulcère peptique soit formellement éliminé, nous avons vu que les pièces sont systématiquement examinées par l'opérateur. Elles sont envoyées au laboratoire pour examen histologique.

Ces constatations histologiques sont variables, l'anomalie la plus fréquente rencontrée sur le versant jéjunal est l'hyperplasie muqueuse. Nous n'avons jamais rencontré la grave jéjunite atrophique.

8°) Les suites opératoires dans notre série sont fort simple en principe.

a) Nous avons pour habitude d'aspirer ces malades jusqu'au 4éme jour, date où le transit est en principe rétabli ; mais nous n'hésitons pas à poursuivre cette aspiration au-delà du 4éme jour.

- Le drain sous-hépatique est lui aussi laissé 4 ou 5 jours. Pendant ce laps de temps, une réanimation simple est instituée et un contrôle électrolytique demandé.

Nous avons aussi pour habitude d'instituer un traitement anticoagulant systématique, sauf cas particulier.

b) Tous nos malades, à l'exception d'un seul ont eu des suites d'une grande simplicité, aussi simple que s'il s'était agi d'une gastrectomie de première main. Et nous n'avons dans cette série, à vrai dire assez courte aucune des complications post-opératoires que nous avons pu voir dans les transpositions.

- Pas de fistule, ni duodénale, ni bien sur jéjunale

- Aucune complication occlusive.

c) Les seules suites troublées sont celles du malade n° 4 qui a fait dans les premiers jours des accidents infectieux très graves avec hémoculture positive au staphylocoque. Cette septicémie a été curable par les antibiotiques sans foyer suppuratif secondaire.

d) Dès que la période post-opératoire immédiate est franchie, ces opérés sont réalimentés et suivis par un service de diététique. L'importance de la diététique de ces malades dans la période post-opératoire est à notre avis capitale, et l'écueil encore couramment rencontré est l'incompréhension à ce sujet du malade lui-même et malheureusement aussi des responsables des maisons "dites de convalescence".

9°) Cette période d'hospitalisation post-opératoire, dont la durée moyenne est de 15 jours est encore mise à profit pour faire effectuer deux contrôles biologiques et radiologiques.

a) Le contrôle biologique est un contrôle de l'acidité.

Bien sûr les tubages ont déjà été réalisés en pré-opératoire, mais nous avons vu l'écueil que constituait pour leur interprétation l'anastomose gastro-jéjunale, voire la stase gastrique dûe à une bouche sténosée.

Le contrôle de l'efficacité du Dragstedt antérieur donne d'une part, une tranquilité d'esprit quant à l'avenir de la maladie ulcéreuse ; d'autre part, une possibilité d'action dans les semaines qui suivent l'intervention, si le contrôle n'est pas satisfaisant. C'est ainsi que notre malade n° 3 dû subir trois semaines après sa reconversion un Dragstedt par voie thoracique, car la section des X lors de l'intervention primitive avait été incomplète, comme le montrait une forte acidité post-opératoire.

b) Le contrôle radiologique est systématique du 12éme au 15éme jour.

Il permet d'avoir un document initial à comparer avec les examens ultérieurs.

Comme dans les Péan de première main, il est très fréquent que ce premier contrôle montre une certaine stase gastrique ou duodénale qui n'a aucun caractère inquiétant. Il permet encore de se faire une idée de la largeur de la bouche et de la dynamique du montage si l'on étudie le phénomène sur l'écran de télévision.

10°) Résultats fonctionnels :

Ils feront sans doute sourire les amateurs de statistiques, car notre série est bien courte, car nos résultats sont trop frais et que notre clientèle indisciplinée ne se plie que rarement à une surveillance régulière.

Nous nous intéressons bien sur à la disparation de la symptomatologie fonctionnelle, mais nous attachons aussi un grand prix à l'avis du malade qui en chirurgie fonctionnelle a souvent plus d'importance que les résultats de bilan complexe.

Deux éléments reviendront dans tous nos bilans.

- L'état subjectif du malade
- Son état pondéral

a) Nous avons 4 résultats jrgés excellents.

- Obs. 4 : A... RAYMOND

Multiopérée atteint d'un syndrome de l'anse afférente et affligée d'une carence grave avec amaigrissement massif, anémie protédémie à 56 g.

Ce sujet a vu disparaitre ses troubles, il est satisfait et a repris 15 kilos ; il est régulièrement suivi depuis 3 ans.

- Obs. 5 , R... Jacques

Ce sujet qui avait subi une gastro-entérostomie + Dragstedt souffrait d'un malaise post-prandial tardif, hypoglycémique. L'intervention la totalement guéri de ses troubles. Il s'agit d'un agent hospitalier régulièrement suivi.

- Obs. 6 ; Madame D...

Il s'agit d'une malade de ville, gastrectomisée déjà deux fois et qui a installé à près de 10 ans, un syndrome carentiel grave. Elle a été transformée par l'intervention à tel point que trois mois seulement après elle avait repris 8 kilogs des 11 kilogs qu'elle avait perdue sans aucun malaise digestif. Il s'agit d'un résultat frais, mais très satisfaisant.

- Obs. 7 ; M... PEDRO

Présentait un syndrome post-prandial de type obstructif et un retentissement sévère sur son état général avec amaigrissement de 10 kilogs. Le résultat digestif est parfait, les symptômes sont disparus. Le malade a déjà repris 10 kilogs à la

b) Nous avons deux résultats jugés bons.

- Obs. 8 ; M... ALI

Deux fois gastrectomisé ce sujet présentait une triple complication, faute d'un reflux oesophagien, d'un dumping syndrome, d'un amaigrissement de 8 kilogs.

Après un an environ, son état digestif s'est considérablement amélioré : prise de 4 kilogs, plus aucun signe de reflux, mais persistance d'un léger dumping qui se manifeste exclusivement après l'ingestion du café au lait du matin.

- Obs. 10 ; Roland P...

C'était un syndrome de l'anse afférente après Polya : il s'agit d'un malade opéré récemment mais le résultat semble bon.

c) Nous avons des résultats moyens médiocres ou ininterprétables.

- Obs. 1 ; HAHACHEMIN

Ce sujet qui a subi une dégastro-gastrectomie pour douleurs mal systématisées post-prandiales, postérieures avec amaigrissement de 7 kilogs, n'a pas vu son état radicalement transformé. Les crises douloureuses se sont succédées depuis 5 ans environ, faisant émettre l'hypothèse non confirmée d'une pancréatite chronique. Par contre, l'état général s'est amélioré. Cette observation montre l'importance d'un diagnostic pré-opératoire aussi précis que possible permettant de poser une indication logique.

- Obs. 3 ; Taieb Simon

Dégastro-gastrectomie pour diarrhée rebelle et amaigrissement après gastro-entérostomie. Les résultats ne sont pas parfaits, le poids est resté stationnaire, des troubles post-prandiaux vagues subsistent. Radiologiquement pourtant le résultat est satisfaisant.

- Nous avons enfin, deux observations (2 et 9) ininterprétables, car les malades ne sont pas revenus nous voir et n'ont pas donné de nouvelles.

Dans l'ensemble nos résultats fonctionnels nous encouragent donc à persévérer.

C'est volontairement, que nous n'avons pas fait allusion dans nos résultats du risque d'ulcère peptique.

Nous manquons de recul pour affirmer de façon formelle qu'il n'y aura pas de récurrence chez nos malades. Ce que nous savons par contre, c'est que patholcgiquement il ne devait pas y en avoir, pas plus qu'il n'y en a dans nos Péans de première main.

V - La dégastro-entérostomie avec Dragstedt et pyléroplastie.

1°) Définition :

Chez un sujet ayant subi une gastro-entérostomie, on démonte cette anastomose, on refait la continuité jéjunale et l'on pratique d'une part, une section des pneumogastriques, d'autre par une pyloroplastie, quelqu'en soit la technique.

2°) Nous avons employé cette méthode une fois et nous résumons notre observation.

Mr S... , 34 ans, est hospitalisé en avril 1966 pour syndrome douloureux epigastrique.

Dans ses antécédents, on retrouve une gastro-entérostomie datant de 1954, mais l'interrogation est difficile et l'on n'a aucune notion précise de son affection aucienne, antérieure à 1954.

Ce sujet souffre depuis peu (quelques mois) de douleurs épigastriques brusques post-prandiales tardives et assez intenses pour entrainer un véritable état syncopale. La chronologie de cette douleur permet en principe d'éliminer le dumping.

Elle ne s'accompagne d'aucun symptôme objectif si non :

- Que l'amaigrissement atteint 5 ou 6 kilogs, peut être en rapport avec une restriction volontaire de l'alimentation.

- Il existe une anémie hypo légère.

- Les épreuves d'acidité ne montrent pas d'hyperchlorydrie manifeste.

- L'examen radiologique objective une évacuation rapide par la bouche de gastro-entérostomie, aucune image suspecte d'ulcère peptique, un petit reflux dans l'anse afférente.

- Conclusion clinique :

a) Ce malade présente à l'évidence un dysfonctionnement de sa gastro-entérostomie avec tout ce que ce terme comporte de vague.

b) L'interrogatoire est incapable d'affirmer l'existence d'un ulcère antérieur à la gastro-entérostamose et l'on n'a plus de compte-rendu opératoire.

c) Les épreuves de laboratoire et en particulier les épreuves d'acidité ne sont pas convaincants.

Ce malade jeune (34 ans) est donc opéré avec un diagnostic vague et sans certitude qu'il n'ait jamais eu un ulcère : la tactique opératoire sera alors franchement conservatrice.

3°) Réintervention du 13. 6. 1966 : J. LATASTE.

Dysfonctionnement d'une gastro-entérostomie : dégastroentérostomie + Dragstedt + pyloroplastie.

Médiane, libération d'adhèrences.

Aucun signe d'ulcère duodénal ou gastrique.

- Dragstedt + réfection de l'angle de His.

- Dégastroentérostomie avec suture gastrique en un plan.

- Résection jéjunale avec anastomose termino-terminale en un plan.

- Pyloroplastie avec suture transversale.

4°) Les suites opératoires sont des plus simples.

- On fait une épreuve d'acidité de contrôle qui s'avère normale.

- L'histologiste répond : gastrite chronique sans signe d'ulcère peptique.

- Le contrôle radiologique montre un passage normal avec une petite stase gastrique non inquiétante.

5°) Discusion, chez ce malade jeune ayant eu une dérivation gastrique sans doute Dragstedt et pour une lésion duodénale bien hypothétique. La tactique opératoire a été une tactique de sécurité.

5°) Les résultats fonctionnels

Excellents dans les suites immédiates, sont trop frais pour faire l'objet d'une étude dans ce travail.

Prévention chirurgicale des troubles fonctionnels.

A - GENERALITES

Cette prévention est conditionnée par les hypothèses pathogéniques étudiées au long de ce travail, ceci sans jamais oublier les impératifs de la chirurgie de l'ulcère gastro-duodénal.

- Parmi ces hypothèses la plus solide est l'indéniable importance d'un circuit digestif aussi proche de la normale que possible, pour avoir un métabolisme correct.

Toutes les interventions courcircuitant le duodéno-pancréas mettent l'opéré dans une situation nutritionnelle défavorable.

- Autre hypothèse confirmée, les multiples imperfections techniques possibles des anastomoses gastro-jéjunales menacent le malade des complications "dites obstructives".

- Plus discutable nous l'avons vu est la pathogénie du Dumping-syndrome. Nous pensons aussi, quant à nous que l'on minimise considérablement sa morbidité en respectant un circuit digestif normal. Le Dumping-syndrome après Péan existe, mais il est en principe modéré et compatable avec une vie quasi normale.

Ces hypothèses acceptées, quatre grandes possibilités s'offrent au chirurgien qui doit opéré un ulcère gastro-duodénal.

B - Nous avons au chapitre de technique, ce que nous pensons des interpositions gastro-duodénales d'emblée.

- Qu'il s'agisse d'une interposition colique (MORONEY) d'une interposition iléale (HENLEY) ou d'une véritable plastie, (LAURENCE, POTH), nous faisons deux grandes critiques à ces interventions d'emblée : leur complexité relative, le risque accru d'ulcère peptique.

C - Nous multiplions dans le service les indications du Péan : anastomose gastro-duodénale termino-terminale.

Ce type d'intervention est toujours facile dans l'ulcère gastrique, bas situé, tout en obéissant aux règles de l'exérèse gastrique et duodénale suffisante pour donner une garantie pour l'avenir de la maladie ulcéreuse. Ces péans pour ulcères gastriques donnent des résultats excellents.

Cette technique ne doit pas être rejetée pour l'ulcère duodénal. Certes techniquement, la libération du premier duodénum peut être un peu difficile, il y faut de la patience, parfois la section première du pylore et la dissection sur le doigt permet de dépasser l'ulcère. Ailleurs l'ulcère perforé dans le pédicule hépatique ne semble pas pouvoir être disséqué sans risque majeur pour la voie biliaire et pancréatique.

C - Nous employons volontiers l'anastomose sur le deuxième duodénum (anastomose gastro-duodénale termino-latérale).

Le désir de rétablir le plus souvent le circuit duodénal a incité (J. LATASTE) à proposer une technique employée déjà par (SCHUMER) qui consiste à faire l'impasse sur le premier duodénum.

Le principe de cette intervention est de pratiquer :

- Une véritable gastrectomie pour exclusion,

- Et lorsque le moignon duodénal est trop court ou de mauvaise qualité, de rétablir la continuité digestive par une anastomose gastro-duodénale termino-latérale sur le deuxième duodénum.

Cette technique réalisée une douzaine de fois sans problème, n'a pas été réalisée mais serait possible aussi lors de la dégastro-gastrectomie.

D - <u>Nous n'avons pas l'expérience suffisante de l'association Dragtedt plus pyloroplastie dans le traitement de l'ulcère duodénal</u>.

Il s'agit sans aucun doute de la tactique qui garantie au maximum les suites fonctionnelles.

TABLEAU RECAPITULATIF.

Noms et classification des dossiers	Localisation de l'ulcère	Traitement médical	Intervention première
Obs.1 Mr Y.H...	Ulcère post-bulbaire	+	GE + Dragstedt
Obs.2 Mr B.M...	Ulcère du bulbe	+	Fuisterer
Obs.3 T. S...	Ulcère du bulbe	+ mal suivi	GE + Dragstedt
Obs.4 A. R...	Ulcère du bulbe	+ -	7 interventions pour ulcères récidivants.
Obs.5 R. J...	Ulcère du bulbe	+	GE + Dragstedt + noeud pylorique
Obs. 6 Mme D...	Ulcère ?	±	2 gastrectomies
Obs.7 Mr P...	Ulcère du bulbe	refus du traitement	GE + Dragstedt
Obs.8 Mr A...	Ulcère du bulbe	+ -	Polya puis recoupe et nouveau Polya
Obs.9 A. A...	Ulcère du bulbe	+	Polya
Obs.10 P. R...	Ulcère du bulbe	+	Finsterer

Noms - N°	Phénomènes présentés	Impressions personnelles	Avis du malade	Poids	Etat digestif	Recul
Y. H... 1	Douleurs post-prandiales mal systématisées	Médiocre	peu satisfait	+ 5 kg	Persistance de crises douloureuses	5 ans.
B. M... 2	Anse afférente Amaigrissement	Ininterprétable	sans nouvelle	+ 5 kg	Persistance de crises douloureuses	5 ans.
T. S... 3	Sténose anastomose-diarrhée rebelle.carence	Bonne	sans opinion	stationnaire	moyen	4 ans.
A. R... 4	Anse afférence carence grave	Excellente	satisfait	+15 kg	Très bon	4 ans.
R. J... 5	Hypoglycémie tardive	Excellente	très satisfait	+ 4 kg	Bon	2 ans.
Mme D...6	Carence grave	Excellente	très satisfaite	+ 8 kg	Excellent	2 ans.
M. P... 7	Dysfonctionnement (GE)	Excellente	Satisfait	+ 5 kg	Parfait	18 mois.
M. A... 8	Reflux gastro-oesophagien-Dumping-Amaigrissement	Bonne	Sans opinion	+ 4 kg	Bon, sauf très léger dumping persistant	18 mois.
A. A... 9	Anse afférente	Ininterprétable	sans nouvelle			12 mois.
F. R...10	Vomissements sanglants	Moyenne	Satisfait	Station-naire	moyen	12 mois.

C O N C L U S I O N S

Cette longue et fastidieuse énumération de complications fonctionnelles, n'amène rien de bien nouveau en pathologie digestive.

Les hypothèses pathogéniques rencontrées chemin faisant ne fait peut être que cerner d'assez loin la vérité. Il n'est pas dans nos compétences de vérifier par des travaux physiologiques et biologiques sur une population hospitalière trop mouvante, certaines de ces théories.

Tout au plus avons nous essayer d'en tirer quelques conclusions pratiques pouvant intéresser le chirurgien.

A - Les complications chirurgicales peuvent être parfois traitées chirurgicalement par de multiples méthodes. Nous les avons vu et nous avons donné la préférence à celle qui nous paraît la plus simple, la plus sûre dans l'avenir immédiat et dans doute à distance. La dégastro-gastrectomie avec gastro-duodéostomie.

B - Les complications chirurgicales peuvent-elles être évitées ? Et dans quelle mesure ?

Il s'agit là d'un terrain beaucoup plus difficile.

- Parce que ces complications sont dans l'ensemble rares et n'intéressent qu'un faible pourcentage des malades opérés.

- Parce que la chirurgie gastrique reste une chirurgie d'habitude et qu'il n'est guère en notre pouvoir de changer les habitudes de chirurgiens qui obtiennent de bons résultats dans la majorité des cas.

Tout au plus peut-on méditer le fait que Frusterer a fait dans sa vie plus de 1.000 Péan et Polya a déclaré : "parmi les différentes modalités d'anastomose gastro-intestinale, c'est à l'anastomose gastro-duodénale termino-terminale que je donne la préférence".

Vu, le Président de Thèse :

Professeur Jean PATEL

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur G. BROUET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

B I B L I O G R A P H I E .

1 - ABBOTH W.E.

The etiology and. management of the dumping syndrome following a gastroen terostomy or subtotal gastrectomy.
Bull. soc. int chir. 1961 - n° 20 - p 40 - 52.

2 - ADAMS J.P.

Post gastrectomy megaloblastic anemia and the loop syndrom.
Gastro enterology 1958 - n° 89 - p 326 - 329.

3 - AIMES A., BORIES - AZEAU A. et HENRIET R.

Syndrome carentiel complexe post-gastrectomie opération de Soupault : guerison.
Montpellier chirurgical 1957 - p 166 - 170.

4 - ALBAHARY C.

Anémie de Bierum et gastrectomie partielle.
Presse Med. 1953 - T 63 - n° 2 - p 23 - 24.

5 - ALBOT G. et KAPANDJI M.

Les troubles fonctionnels de l'anneau duodenal secondaires aux gastrectomies.
Presse med. 1959 - T 9 - n° 11 - p 1175 - 1192.

6 - ALBOT G. et KAPANDJI M.

Les syndromes de l'anse afferente apres gastrectomie type Polya hofmeister fiusterer et leur rapport avec l'etat fonctionnel des shiuder duodenaux.
Arch. Mal. App. Dig. 1957 - T 46 - n° 10 - p 984 - 988.

7 - ALBOT G. et KAMANDJI M.

Les syndromes fonctionnels et organo-fonctionnels de l'anse afférente des gastrectomies et leur pathogénie.
Semaine des Hop. 1965 - T 144 - n° 311 - p 134 - 143.

8 - AMENDOLA F.H.

The choice of operation for duodenal olcer.
Am. Jal of gastro fut 1965 - T 44 - n° 2 - p 118-128

9 - ANDRESSEN M.

Surgical treatment of severe dumping syndrom : conversion of Bilhoth II into Bilhoth I.
Act. Chir. Scaud 1961 - Suppl. 283 - p 221 - 227.

10 - ANDRUP et JORGENSEN

Dumping syndrom
Ach. Chir. Scaud 1957 - T 113 - n° 1 - p 22 - 29.

11 - AUGUSTE C.

Le syndrome pendohypoglycemique des gastrectomisés.
Presse Med. 1963 - T 71 - p 2690 - 2692.

12 - AUGUSTE C. - RIBET M. - GERERMIR F. et TESART J.

Le syndrome "dit de l'anse afferente".
Presse Med. 1963 - T 71 - n° 20 - p 1021 - 1024.

13 - AUGUSTE C. et GUERNIN F.

Examen radiologique de l'anse efferente
Presse Med. 1961 - T 69 - n° 25 - p 1139 - 1142.

14 - AUGUSTE C. et GUERNIN F.

Resultat du traitement du dumping-syndrome par transplantation duodenale de l'anse efferente.
Soc. Nat. Franc. de gastro 13 - 3 - 1960.

15 - AUGUSTE C.

Activité sexuelle et 17 cetosteroides urinaires après gastrectomie pour ulcère.
Arch. Mal. App. Dig. 1957 - T 46 - n° 5 - p 400.

16 - BAKALOUDIS A.

Les dysfonctionnements précoces de l'anastomose après gastrectomie subtotale.
Jal. de Chir. 1960 - T 79 - n° 3 - p 279 - 291.

17 - BARTELS F.C.

Acute ulcerative oesophagites.
Arch. path. 1949 - n° 37 - p 194.

18 - BERNIER J.J. - LAMBLING A. - CREMIER A.

Etude de l'amaigrissement chez les gastrectomies à l'aide de radio-isotope.
Bull. Soc. Int. Chir. 1944 - T 23 - n° 2 - p 188 - 208.

19 - BERNDT H.

Die Pathogenese der agastrichen dystrophie.
Chirur. 1963 - T 34 - p 298 - 303.

20 - BERTRAUD P. - POUGET H. - LOMBARD - PLATEL R.

Sur la correction chirurgicale de certains troubles après gastrectomie par l'operation de Soupault.
Arch. Mal. App. Dig. 1962 - T 51 - n° 7-8 - p 930-933.

21 - BESANCON F. - FILLASTRE J.P. - DEBRAY C.

Le rythme de l'anse efferente chez les gastrectomises à jeun et après repas d'epreuve.
Arch. Mal. App. Diget 1964 - T 53 - n° 6 - p 669 - 678.

22 - BIRBES P.

Les suites de la gastrectomie.
Bordeaux Chir. 1962 - p 99 - 148.

23 - BOMANSSON G.

Prophylors and therapy in late post gastrectomy complications.
Arch. Med. Scand 1950 - n° 138 - p 37 - 40.

24 - BOLMAN et LLOYD.

Experiences chirurgicales sur 316 ulcères duodenaux et gastriques marginaux.
Arch. of sug. T 70 - n° 6 - 1955 - p 833 - 843.

25 - BOIVIN P. - HARTMAN L. - FAUVERT R.

Les anemies des gastrectomisés.
Semaine des Hop. 1955 - T 31 - n° 72 - p 3843 - 3850.

26 - BORG I.

Le flux et lacidité gastrique avant et après Bilhoth I et Bilhoth II pratiqué pour ulcère gastro-duodénal.
Act. Chir. Scard 1959 - Suppl. 251 - p 174.

27 - BOWERS H.F.

The dumping syndrom after gastro-entrostomy.
Surgery 1962 - T 52 - n° 4 - p 596 - 599.

28 - BRETON P. - DOR X. - SIMON J.F. et VAUDOUR X.

Le syndrome multicarentiel tardif des gastrectomies réalisant un tableau d'hypoptuctaeisne.
Arch. Mal. App. Dis. 1963 - T 52 - n° 3 - p 228 - 233.

29 - BRUNELIERE J.

Vagotomie et gastro enleostomie dans le traitement chirurgical de l'ulcère duodenal.
Thèse Paris 1956 - n° 658.

30 - BUCAILLE M. et SOUPAULT R.

A propos de la gastrectomie, consideration physiologiques et conséquences techniques.
Arch. Mal. App. Dy. 1962 - T 51 - n° 7 - 8 - p 835-859.

31 - CAUDELL W.S.

Acute and chromie jejuno gastric intussuception.
New. England Jal M. 1955 - 253 - p 635.

32 - CAPPER W.M. et WELBOURN R.B.

Early post cibal symptoms followins gastrectomy. Aetiotojical facters treatmet and prevention.
Brit. Jal Surg. 1955 - T 43 - p 24 - 35.

33 - CARAYAR A.

Resultats du traitement chirurgicale eclectique de l'ulcère duodénal oriente par l'acidité gastrique.
Mem. Ac. Chir. 1964 - T 90 - p 44 - 51.

34 - CATTAN R.

Les complications majeures des gastrectomies.
Presse Med. 1955 - T 63 - n° 60 - p 1219.

35 - CHISTEAS N. - GEORGIADON N. et CONAKIS G.

Interposition d'un segment anti paristaltique du grêle contre le dumping syndrome.
Presse Med. 1962 - T 70 - n° 51 - p 2453.

36 - CHRISTMAN F.E. - WILKS A.F. et SCHAPOSUIK F.

La transposition de l'anse efferente pour le traitement de quelques syndromes graves post-gastrectomie.
Arch. Mal. App. Dig. 1962 - T 54 - n° 1 - 2 - p 51-58.

37 - COMBE H.

Role de l'operation de reconversion dans les troubles anémiques après gastrectomie partielle pour ulcère.
Mem. Ac. Chir. 1957 - t 57 - p 768.

38 - COMBE M. - RISTELHUEBES J. et DELAGEUR J.

Les carences graves après gastrectomies.
Sem. des Hop. 1959 - t 37 - n° 7 - p 451 - 461.

39 - CONTE M. - MALVESIN et DELAGEUM J.

Les denutritions graves après gastrectomie subtotale.
Revue de Med., novembre 1961 - p 699 - 707.

40 - COUINAUD C.

De la suppression du sphmeter pytaique et de l'exclusion du bloc duodéno-pancreatique.
Presse Med. 1955 - T 63 - p 316 - 319.

41 - COX A.B.

Aspects of nutrition after vagotomie and gastro enteostomy.
Brit. Med. Jal 1964 - T 1 - N° 5 - p 465 - 469.

42 - COX H.T.

Le dumping syndrome : aspect clinique et radiologique.
The Lancet n° 7163 - 1960 - p 1261.

43 - COX K.R.

Oesophajal stricture after partial gastrectomy.
Brit. Jal Surg. 1961 - T 49 - P 307.

44 - CZEMBIREK L.

Zur frage der korrekturs-operatiomen mach Billroth II wegen dumping syndrom.
Klin Med. (Vienne) 1962 - 17 - p 609 - 617.

45 - DAHLGREN S.

Syndrome de l'anse effarente.
Act. Chir. Scand. 1964 - Suppl. 327 - p 149.

46 - DARGLAS W.K.

Stenosing oesophajitis after gastrectomy.
Brit. Jal Surg. 1956 - T 47 - p 404 - 407.

47 - DARNAUD C.H. - VOISIN R. et MOREAU G.

Contribution à l'étude du moignon des gastrectomisés.
Arch. Mal. App. Dis. 1964 - T 53 - n° 10 - P1131-1133.

48 - DEBRAY C.H.

La biopie de l'intestin grêle chez le gastrectomise.
Arch. Mal. App. Dig. 1961 - T 50 - n° 11 -p 1196-1199.

49 - DELAET et BROUBILLE.

Hypoglycemie après gastrectomie.
Act. Gartro. Fut. Bel. 1951 - T 15 - n° 11 - p 731.

50 - DELAMOY E. - LAGACHE G. et SOOT G.

Traitement du dumping des gastrectomisés par l'opération de Hemley.
Am. de Chir. 1958 - T 12 - n° 13 - 14 - p 763.

51 - DEMOLEINE F.

Gastrectomie suivie d'interposition d'un segment colique.
Act. Chir. Belg. 1954 - T 51 - p 669 - 676.

52 - DISSARD P. - BRESSON R. et DUPUY P.

Denenir des gastrectomises suivis en médecine du travail.
Arch. Mal. App. Dij. 1961 - T 50 - p 537 - 547.

53 - DREILING D.A.

Physiologic derangment following gastrie usection.
Am. Jal Digest. Dis. 1962 - T 7 - n° 3 - p 209 - 223.

54 - EVERSON T.C.

Etude compare du dumping syndrome experimental produit par une gastrectomie partielle selon Bilhoth I et Bilhoth II.
Aml. of Surg. 1 - 7 - 1958 - T 148.

55 - FARMER D.A. - HOME C.V. - POREL W.J. - SWITHWECK R.H.

The effect of various surgical procedure upon acidity of the gastrie contents of ulcer patients.
Aun. of Surg. 1951 - T 34 - n° 3.

56 - FEGGETER G.Y.

The long term results of bilateral vagotomy and gastro-jejunostomy for duodenal ulcer.
S.G.O. 1963 - T 116 - n° 2 - p 175 - 179.

57 - FOLOR O. - DIMITROSAU D. - BODEA C.H.

Modifications pathologiques et adaptations du jejuno ibon dans les suites duntertesties sur l'estomac.
Arch. Mal. App. Dij. 1964 - T 53 - n° 7-8 - p 819-830.

58 - FORSTER E. - PETER R. et COBLEUTZ J.

Etude radio cinématographique de 4 cas de transposition selon Henley Soupault.
Arch. Mal. App. Dis. 1961 - T 50 - n° 5 - p 536.

59 - FOURNIER H. - ARVAY N. et LOYGNE J.

Ulcere peptique gastro-colique après operation de Moroney.
Arch. Mal. App. Dig. 1956 - T 45 - n° 9 - p 186 - 199.

60 - FRAZAO M.

Una complicao dos gastrectomizades prolapso da mucasa gastrica.
Gaz. Med. Port 1950 - n° 3 - p 711.

61 - GILBERTAS A.

A propos de la correction de certaines sequelles des resections gastriques par l'interposition jéjunale.
Arch. Mal. App. Dig. 1959 - T 48 - n° 7-8 - p 875-881.

62 - GIRARD M. - BEL A. et CROISILLE.

Nouvelle observation de syndrome carentiel sévère par gastro oleostamie après gastrectomie pour ulcère bulbaire.
Arch. Mal. Aff. Dig. 1964 - T 53 - n° 6 - p 732-742.

63 - GOFFIN R. - MUSIN Z. et CARELS G.

Syndrome de l'anse afferente gravissine ocrrection par transposition de l'anse efferente.
Act. Gast. Fut. Bel 1959 - N° 22 - p 372.

64 - GOLDSTEIN F.

The relationships of afferent loop stagnation and bacterial flora to the psoduction of post-gastrectomy steatosshea.
Gastroentesology 1961 - n° 40 - p 47.

65 - GRANWELS J. et VAN DEN OSTENDE P.

Essai de correction des troubles nutritionnels graves des gastrectomises par interposition de l'anse jéjunale efferente entre le moignon gastrique et le duodenum.
Act. Gast. Ent. Belg. 1957 - T 20 - n° 2 - p 172.

66 - GRIMOUD M. - LAPEYRERE J. et MALECAZE A.

Ulcères peptiques après gastrectomies et vagotomie thoracique.
Arch. Mal. App. Dig 1964 - T 53 - n° 3 - p 318 - 320.

67 - GROSS J.B.

Climicals manifestations of gastro-ileal anastomosis.
Arch. Int. Med. 1958 - T 102 - p 732.

68 - GUEULETTE.

Chirurgie de l'estomac
MASSON E.D. 1956.

69 - GUTTMAM R.A.

Iconographie des complications des complications des opérés de l'estomac.
Semaine des Hop. 1964 - T 30 - n° 63 - p 3561 - 3568.

70 - HALL G.H. et NEALE G.

Bone rarefaction ofter partiel gastrectomy.
Am. of Int. Med. 1963 - T 59 - n° 4 - p 455 - 463.

71 - HARDY M. - GUEUEL - FORESTIER.

Syndrome d'hypopituitarisme avec statoribec secondaire à une gastrectomie et renersible par le rétablissement du circuit duodenal.
Arch. Mal. Aff. Dig. 1961 - T 50 - n° 7-8 - p 792-799.

72 - HANOWER H.W. - BROOK D.D. et COOPER P.H.

A comparison of gastric pepsin and vsopepsin in patients with duodenal ulcer pse and post operative.
Ann.of Surg. 1956 - T 144 - p 815 - 822.

73 - HEDENSTEDT S.T.

Digestion et resorption apes resection gastrique avec transposition jéjunale.
Act. Chir. Scard. 1963 - T 125 - n° 5 - p 520.

74 - HENLEY F.A.

The susgical correction of post-gastrectomy syndrom.
Bull. Soc. Int. Chir. 1961 - n° 20 - p 53 - 57.

75 - HENLEY F.A.

Gastrectomie avec remplacement : étude préliminaire.
But. Jal Sing. 1952 - T 40 - n° 160 - p 118 - 128.

76 - HENIG G.

The dumping syndrom : an interpretation-
Gastroenteology 1963 - T 44 - n° 4 - p 424.

77 - HEPP J. et CANINAUD C.C.

Les gastrectomies avec rétablissement du circuit duodenal.
ARch. Mal. App. Aig. 1957 - T 46 - n° 9bis - p 59.

78 - HERRINGTON J.L.

A plea for complete removal of the astral segment in the perfomance of vagoiemy and distal gastrectomy for duodenal ulces.
Surgecy - Aout 1960 - T 48 -nº 2 - p 467 - 468.

79 - HERRINGTON J.L.

The Bilhoth I and Bilhoth II reconstruction a clinical comparison of resulte of the tuo methodes.
Surgery 1958 - T 44 - p 1040 - 1053.

80 - HILLEMAND P. - CRIALARET J. - BOUTELIER D.

Exclusion duodenal et osteomalacie des gastrectomites.
Presse Med. 1961 - T 69 - nº 4 - p 627 - 630.

81 - HILLEMAND P.

Suite des gastrectomies 2/3 pour ulcère.
Revue du praticien 1955 - T 5 - nº 11 - p 1099.

82 - HILLEMAND P. - MIALARET J. - BOUTELIER D.

A propos d'une osteomalacie après gastrectomie partielle avec anastomose gastro-jejunale.
Arch. Mal. App. Aig. 1960 - T 49 - nº 5 - p 489-499.

83 - HILLEMAND P. - CHERIGIE F. et BOEUDOE R.

Etude de comportement radiologiqque du grele après gastrectomie 2/3 pour ulcère.
Arch. Mal. App. Dig. 1960 - T 49 - nº 11 - p 1441-1457.

84 - HILLEMAND P. - MAFFEI L. et HILLEMAND B.

Résultats tardifs de la gastrectomie des 2/3 pour ulcère.
Arch. Mal. App. Dig. 1952 - 41 - p 747 - 762.

85 - HOFFMAM W.

Afferent loop problemes.
Gastroenteology 1961 - T 40 - p 201 - 209.

86 - HOLLE F. - HART W. - PARCLIWITZ H.K.

Die behandlung des schweren dumping syndroms durch umwandlung operation.
Med. Klin. 1963 - 58 - p 625 - 630.

87 - HOLLENDER L. - WEISS A.G. - ADLOFF M.

Résultats de la transposition de l'anse efferente du duodenum selon Soupault dans la correction des sequelles graves post-gastrectomie.
Arch. Mal. App. Dig. 1963 - T 52 - n° 3 - p 218-225.

88 - HOLLENDER L.F. - ADLOFF M. - JANSEN J.C.

Les phytobezoards occlusif apres gastrectomie.
Arch. Mal. Aff. Dig. 1965 - n° 12 - T 54 - p 1241-1249.

89 - JACKSON J.L. et BOWERS W.F.

The post gastrectomy syndroms : rewew off the litterature, elucidation of mochanism.
J. Int Coll. Sing. 1962 - 37 - p 219 - 233.

90 - JORDAN G.L.

The afferent loop syndrom
Jurgery 1955 - 138 - n° 6 - p 1027 - 1036.

91 - JUSTIN - BESANCON - LAMOTTE M. - LAMOTTE - BARILLON S.

Etude critique des symptomes post prandiaux observés chez les gastrectomisés.
Semaine des Hop. 1957 - T 30 - p 2211 - 2226.

92 - KAY A.W. et LOX A.G.

Jejunal transposition for the post-gastrectomy patient.
But. Jal Jing. 1964 - 10 - p 763 - 767.

93 - KIEKENS R.

Digestion et absorption digestive des graisses et des protéines chez le sujet normal et gastrectomisé.
Acta. gasto. Ent. Belg. 1963 - T 26 - n°7 - p 601-491.

94 - KIEKENS R.

La secretion pancreatique après gastrectomie.
Bull. Soc. Int. Chir. I963 - 22 - p 565.

95 - KIEKENS R.

Intestinal digestion and obsorption after Bilhoth II gastrectomy.
Act. Chir. Scaud. 1957 - T 113 - p 349 - 355.

96 - KRANSE V.

Partial gastrectomy with jejunal transposition. A follow up invertigation of patients treated operatively.
Act. Chir. Scand. 1962 - 123 - p 132 - 136.

97 - LAGACHE G.

Valeur comparée des differentes techniques de gastrectomie discussion clinique et casuistique.
Arch. Mal. App. Sig. T 46 - n° 9bis - p 5 - 23.

98 - LAGROT F. - ANTOINE G. et CHAZOT H.P.

Repercussion de la chirurgie gastro-duodenale sur le métabolisme protidique.
Acmales de Chir. 1959 - 13 - p 533 - 552.

99 - LAMBLING A. - COURTE M. - BOISSIER.

Syndrome carentiel complexe avec oedeme chez les gastrectomisés.
Bull. et Mem. Soc. Med. Hop. Paris 1949 - 65 - p 151 - 164.

100 - LAMY J.

A propos des accidents de la vagotomie.
Mem. Ac. Chir. 1963 - T 89 - n° 16 - 17 - p 494-497.

101 - LATASTE J. et NEVEUX J.Y.

Gastrectomie avec anastomose gastro-duodenale type Pean : analyse et resultats de 133 cas.
Presse Med. 1962 - T 70 - n° 56 - p 2790 - 2792.

102 - LATASTE J. et BISMUTH H.

Chirurgie des complications de la gastrectomie partielle inferieure.
Fuyclopedie Medico. Chirurgical - 40350 - 40355.

103 - LAZAR D.

Uber die nach Magenresektionen auftretenden Lebercirrhosen.
Chirur. 1963 - 3 - 94 - 99.

104 - LIETER H.

The jejunal hyperosmotique syndrom and its prophylaxis.
JAMA 1962 - T 176 - n° 3 - p 208 - 212.

105 - LUNGHETTI R.

Ossevazioni bioptiche sulla mucova gastrica et digiunale nei gastro resecate.
Arch. It. Med. 1964 - T 31 - n° 2 - p 119 - 133.

106 - MACHELLA T.E.

Mechanisus of post gastrectomy "dumping syndrom".
Ann of Surg. 1949 - 130 - p 145.

107 - MACHELLA T.E.

Sequelles de la gastrectomie.
JAMA 1960 - T 174 - p 2111 - 2117.

108 - MAGENDI J. - DOUTRE L.P. et PENISSAT J.

Le post prandium du gastrectomisé. Coupoutation radiocinematogaphique et clinique.
Presse Med. 1966 - T 74 - n° 4 - p 161 - 163.

109 - MAKLOUF A.

La gastro iléostomie involontaire.
Jal de Chirurg. 1963 - T 84 - n° 4 - p 465 - 478.

110 - MALAGUTI G.

Esophagite stenosante dopo rese zione gastrica.
Minerva. Chir. 1963 - 18 - p 539 - 543.

111 - MEKEUIR K.L.

Oesophageal stenoses after partial gastrectomy.
Brit. Med. Jal 1952 - 2 - p 819.

112 - MANA (DE).

Les syndromes de l'anse afferente après gastrectomie pour ulcère.
Lyon Chir. 1961 - 57 - p 109 - 120.

113 - MASON L.B. - WILLIAMS R.W. - MARSHBARU E.T.

Retrograde jejuno-gastric intussuception following gastrectomy.
Arch. of Sing. 1960 - 81 - p 485 - 491.

114 - MIALLARET J.

L'operation de pean.
Arch. Mal. App. Dig. 1957 - T46 - n° 9bis - p 25 - 32.

115 - MOORE F.D.

The body cells massand its supporting environnement.
Saunders Ed. 1963.

116 - MORONEY J.

Colonie replacement and restoration of the human stomach.
Amr. Roy. Coll. Sing. Engl. 1953 - 12 - p 328 - 348.

117 - MOUCHET A. - MARQUAND J. et CAUREY M.

21 cas de rétablissement du circuit duodenal par interposition jejunale primitive ou secondaire après gastrectomie subtotale.
Arch. Mal. App. Dig. 1957 - T 46 - p 1299 - 1304.

118 - NAISH J. et CAPPER W.M.

Intestinal cul de sac phenomena in man.
Lancet 1953 - n° 2 - p 597.

119 - NORING O.

The afferent 100 p. syndrom elucidated bey three cases.
Act. Chir. Scand 1958 - 115 - p 276.

120 - PALMER E.D.

Retrograde intussuception at the gastro jejunal stoma.
Am. Jal Dig. Dis. 1954 - 21 - p 309 - 313.

121 - PALUMBO P.H. - SCUDAMORE H.H. - et GROSS J.B.

Inadvertant gastro-ileostomie.
Gastroenterology 1963 - 45 - p 505 - 511.

122 - PATEL J. - NARDI C. et LATASTE J.

Apport critique des resultats de 412 gastrectomies.
Arch. Mal. App. Dig. 1958 - T 47 - n° 3 - p 101 - 122.

123 - PEDENIELLI L. et MALARTIC J.

A propos de 6 cas de syndrome organo fonctionnels post gastrectomie traités par remise en circuit du duodenum.
Men. Ac. Chir. 1957 - p 708 - 716.

124 - PERROTIN J.

Quatre operations corectrices de la gastrectomie, transplantation de l'anse efferente au duodenum pour troubles nutritionels graves.
Mem. Ac. Chir. 1957 - 83 - p 804 - 708.

125 - PONS H.

Syndrome de l'anse intermediaire : complication rare de la gastrectomie pour ulcère.
Arch. Mal. App. Dig. 1965 - T 54 - n° 10 - p 403.

126 - POJESCO - USLUEUI M.

Le syndrome de l'anse afferente après gastrectomie.
Arch. Mal. App. Dig. 1963 - 52 - p 1113 - 1120.

127 - PORCHER P.

Physioradiologie des gastrectomisés avec conservation ou retablissement du circuit duodenal.
Arch. Mal. App. Dig. 1957 - T 46 - n° 9bis - p 155 A 3.

128 - READ R.C.

Blood pressure and osmolarity changes in the dumping-syndrom.
S.G.O. 1961 - T 112 - n° 4 - p 488 - 492.

129 - RENE L. - RAUX CL. et JUSTIN C.

Equilibre protidique d'ulceres duodenaux traites par vagotomie associée aux antrectomies.
Arch. Mal. App. Dig. 1965 - T 54 - n° 7-8 - p 822.

130 - RISTELHUETER J. et LOYGUE J.

Ulcere peptique jejunal apres operation correctrice de Diebel-Henley pour sequelles de gastrectomie.
Arch. Mal. App. Dig. 1956 - T 46 - n° 9 - p 186-199.

131 - ROBERTS K.E. - RANDALL H.T. - FARR HW.

Cardiovascular and blood-volume alterations resulting from intra-jejunale administration of hypertonic solution to gastrectomized patient.
Ann. of Surg. 1954 - 40 - p 631 - 640.

132 - RURLEDGE H.R.

Comments on henley's remedial operation for dumping syndrom.
Surgery 1966 - T 55 - n° 6 - p 762 - 768.

133 - SCHUMER W.

A modification of the bilhoth I procedure for duodenal ulcer.
SGO. 1962 - T 164 - n° 2 - p 245 - 246.

134 - SENEQUE J. - DEBRAY CH. et PERGOLA F.R.

Sur les sequelles generales de la gastrectomie. Etude stastistique deductinn therapeutique.
Jal de Chir. 1953 - 69 - p 917 - 929.

135 - SEWAK J.H.

Restoration of gastroduodenal continuity.
JAMA 1959 - T 171 - n° 13 - p 1804 - 1806.

136 - SOUPAULT R. et BUCAILLE M.

Correction de certaines gastrectomies defectueuses par transposition de l'anse efferente du duodenum.
Arch. Mal. App. Dig. 1955 - T 64 - n° 2 - p 129- 141.

137 - SOUPAULT R. et BUCAILLE M.

La transplantation au duodenum de l'anse efferente operation correctrice de la gastrectomie subtotale.
Presse Med. 1955 - 2 - p 27 - 31.

138 - STAINERS F.

A clinical approach to an analysis and treatment of post-gastrectomy syndroms.
Brit. Jal. of Surg. 1961 - 49 - p 28 - 36.

139 - STARZI T. - BUTZ G.

Syndrome de l'anse gorgne apres intervention gastrique.
Surgery 1961 - 50 - p 849 - 858.

140 - SUIRE P. - BARHAUSON A.

La place de l'interposition jejunale primitive lors des gastrectomisés 3/4 pour ulcère.
Mem. Ac. Chir. 1960 - p 643 - 650.

141 - TEICHER I. - FREIDMANN M.N. - LIPTON S.

Malfunctioning stoma following subtotal gastrectomy corrected by converting a gastro-jejunostomy to a gastro-duodenostomy.
Ann. of Surg. 1951 - 134 - p 1058 - 1063.

142 - THOMPSON J.C.

The gastric antrum in the operative treatment of duodenal ulcer.
S. .O.1961 - T 113 - n° 3 - p 205 - 225 -

143 - WALTERS W. et LYM T.E.

The bilhoth I and bilhoth II operations.
Arch. of Surg. 1947 - 74 - p 680 - 683.

144 - WEISS A.G. - HOLLENDER L.F. - ADLOFF M.

Traitement de certaines sequelles des gastrectomies de type bilhoth II par transposition du duodenum de l'anse efferente.
Jal de Chir. 1966 - T 91 - n° 1 - p 53 - 88.

145 - WEISS A.G. - HOLLENDER L.F. - ZOGO - MASSY.

Etude du dumping syndrome sur une serie bonogene de 100 resections gastriques pour ulcères.
Arch. Mal. App. Dig. 1955 - 44 - p 291 - 305.

146 - WEISS A.G. - VIVILLE CH. et SCHWINGT E.

Invagination retiograde de l'anse efferente 17 ans après une gastro-enteostomie pour ulcere.
Arch. Mal. App. Sig. 1964 - 53 - 3 - p 207 - 214.

147 - WOODWARD E.R. et HASTING N.

Surgical treatement of the post-gastrectomy dumping syndrom.
S.G.O. 111 - 1960 - p 429 - 435.

148 - WOODWARD E.R.

Role de lantre dans la chirurgie de l'ulcere duodenal.
Arch. of Sirg. 1956 - 7 - 6 - p 1003 - 1008.

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535 : 18—93
535 : 18—62